

Univerzity Karlovy v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Petra Měchýřová, DiS.

**Predikční kritéria recidivity u pacientů s nařízenou ochrannou
ústavní sexuologickou léčbou.**

**Prediction criteria for re-offending in patients with constitutional
ordered protective sexological treatment**

Praha 2012

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Petr Weiss, PhD

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Prof. PhDr. Petra Weissovi, PhD., za odborné vedení, trpělivost, zájem, připomínky a čas, který mi věnoval. Dále bych chtěla poděkovat všem mým kolegům z práce za jejich podporu a rady.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 31.7.2012

.....

Petra Měchýřová

Abstrakt:

Studie se zabývá predikčními kritérii recidivy u sexuálně deviantních pacientů a navazuje na předchozí starší výzkumy, které se pokoušely zmapovat, jaké prediktory recidivity jsou významné u sexuálních deviantů po absolvování úspěšné ústavní léčby. Cílem bylo ověřit, zda udávané prediktory jsou opravdu významné pro recidivu parafiliků. Danými faktory byl věk pacientů při nástupu do ústavní léčby, zaměstnání, bydlení, vzdělání, původní rodina a vztahy v ní, partnerský vztah, trestná činnost sexuální a nesexuální (předchozí sexuologická léčba), neschopnost dokončit léčbu (útěky z ochranné léčby sexuologické), sexuologická diagnóza a psychiatrická diagnóza.

Výsledky dané práce byly srovnány jednak se staršími českými výzkumy, které byly provedeny na toto téma na konci 80. let, ale také se zahraničními výzkumy. Tyto práce na téma recidiva sexuálních delikventů jsou uvedeny v teoretické části této studie, společně s vymezením pojmu deviace a možnosti léčby u nás i v zahraničí.

Katamnestický výzkum byl proveden na pacientech, kteří úspěšně absolvovali ústavní sexuologickou ochrannou léčbou v Psychiatrické léčebně Praha Bohnice (od založení sexuologického oddělení v roce 1987 až do roku 2010) a následně recidivovali. Ze souboru pacientů, kteří prošli touto ústavní léčbou a dále docházeli do ambulantní léčby v Psychiatrické léčebně Praha Bohnice nebo na Sexuologický ústav 1. LF UK, byli vybráni ti, co zrecidivovali (37 pacientů). K nim byla vytvořena skupina pacientů nerecidivujících (37 pacientů). Tyto dvě skupiny byly srovnávány v daných faktorech. Data byla zpětně dohledávána z chorobopisů a byla zpracována v MS Excel pomocí testu Chí-kvadrát.

Z výsledků se potvrzuje, že významnými predikčními faktory recidivity je nižší věk (v tomto případě do 25 let). To znamená, že rizikovější skupinou jsou pacienti, kteří přicházejí do léčby velmi mladí, a tedy páchají svůj sexuální delikt velmi brzy. Dalším prediktorem je zaměstnání, předchozí nesexuální trestná činnost, neschopnost dokončit léčbu (tedy útěky během léčby) a partnerské vztahy.

Naopak se nepotvrdil, jako významný prediktor, předchozí sexuologická léčba, tedy předchozí sexuální trestný čin, faktor bydlení nebo rodinné zázemí. U rodinného zázemí můžeme tedy usuzovat na teorii, že sexuální deviace nemusí být determinovány rodinou jako faktorem, který je stálý a nezměnitelný.

Dalším prediktorem, který z dřívějších výzkumů vycházel jako méně významný nebo zcela nevýznamný, je faktor vzdělání. Z výzkumu vyplývá, že riziko recidivy je větší u pacientů s nižším vzděláním, tedy maximálně s dokončenou ZŠ. Z psychiatrických diagnóz vychází pouze jako rizikový faktor přítomnost abúzu alkoholu a jiných psychoaktivních látek.

Z pohledu typu deviace nejvíce recidivují po absolvování ústavní sexuologické léčby pacienti, kteří mají diagnostikovanou deviaci v aktivitě. Dále jsou to pacienti s diagnostikovanou polymorfní deviací a nakonec pacienti s deviací v objektu. Nejvíce recidivujících (i z celého souboru) jsou patologičtí sexuální agresori. Druhou nejčastější skupinou jsou polymorfní deviace, v tomto případě téměř všichni pedofilní agresori. Téměř vyrovnaně jsou dále pedofilové, exhibicionisti, frotéři a tušěři.

Výsledky z výzkumu potvrzují většinu z daných prediktorů a nabízejí tak možnou diagnostickou pomůcku při detekování rizikovějších pacientů při nástupu do léčby a následně při jejím ukončení.

Klíčová slova:

Sexuální deviace – recidivita – recidiva – sexuální delikventi – ochranná sexuologická léčba

Abstract:

The study deals with the predictive criteria of relapse of sexually deviant patients and builds on the previous older studies that have attempted to map out what are the significant predictors of relapsing by sexual deviants after successful completion of inpatient care. The aim was to verify whether reported predictors are really important for relapsing paraphiliaks. Given factors were age at onset of patients in inpatient care, employment, housing, education, family background and relationships in the family, relationships, sexual and nonsexual offenses (last sexology treatment), failure to complete treatment (running away from protective sexology treatment), sexology diagnosis and psychiatric diagnosis.

The results of the work have been compared both with older Czech researches that have been conducted on this topic at the end of the 80ies, but also with foreign research. These works on recidivism of sexual offenders are presented in the theoretical part of this study, together with the definition of the concept of deviance and treatment options in the Czech Republic and abroad.

Katamnestic research was conducted on patients who have successfully completed the institutional protective sexology treatment at the Psychiatric Hospital Prague Bohnice (since the inception of sexology department in 1987 until 2010) and subsequently relapsed. The group of patients who have undergone this treatment and attended the outpatient treatment at the Psychiatric Hospital Prague Bohnice or the Institute of Sexology first Faculty of Medicine, were chosen by those who relapsed (37 patients). In addition to this group was created a second group of patients (37 patients) who did not relapse. These two groups were compared in given factors. Data was retrospectively traced from medical records and was compiled in MS Excel using the Chi-square test.

The results confirmed that a significant predictive factor of relapsing is lower age (in this case up to 25 years). This means that those higher risk groups are patients who come into the treatment at a very young age, and therefore commit the sexual offense very soon. Another predictor is employment, the previous non-sexual offenses, failure to complete treatment (that is, escapes during treatment) and partnerships.

On the contrary, it was not confirmed as significant predictive factors: previous sex therapy, a prior sexual offense, a factor of living conditions or family background. Concerning the family background we can deduce the theory that sexual deviance is not necessarily determined by the family as a factor that is constant and unchanging.

Another predictor based on past research being less important or totally insignificant factor is education. Research indicates that the risk of relapse is by patients with lower education, maximally finishing primary school. From the psychiatric diagnoses the risk factor is the presence of alcohol abuse and other psychoactive substances.

From the perspective of the most recurrent type of deviation after passing institutional sexology therapy, are patients who are diagnosed with deviance in the activity. In addition, these are also patients diagnosed with polymorphic deviations and finally patients with deviation in object. The most recurrent (also from the whole set) are pathological sexual aggressors. The second most common group are polymorphic deviances, in this case almost all of the pedophile aggressors. Almost equal as pedophiles are exhibitionists, frotteurists and fetishists.

Results from the research confirmed most of these predictors and offer a possible diagnostic tool for detecting patients at higher risk by starting the treatment and at the end of the treatment.

Keywords:

Sexual deviance - recidivism - relapse - sex offenders - protective sexology treatment -

Obsah

Seznam použitých zkratk:	10
Úvod.....	11
1. Sexuální deviace	13
1.1. Vymezení pojmu sexuální deviace	13
1.1.1. Co je normální?.....	13
1.1.2. Sexuální deviace versus sexuální delikvence	15
1.1.3. Sexuální deviace v klasifikaci nemocí.....	16
1.1.4. Etiologie.....	17
1.2. Klasifikace	19
1.2.1. Deviace v aktivitě	19
1.2.2. Deviace v objektu	24
1.2.3. Polymorfní a kombinované sexuální deviace	26
1.3. Psychosexuální vývoj parafiliků	26
1.4. Diagnostika sexuálních deviací	27
1.4.1 Anamnestické vyšetření	28
1.4.2. Psychofyzilogické metody	30
1.4.3. Psychodiagnostické metody.....	30
2. Léčba.....	33
2.1. Léčba v ČR	34
2.1.1. Ústavní ochranná sexuologická léčba.....	35
2.1.2. Léčba v PL Bohnice.....	40
3. Recidivita - výsledky terapie	42
3.1 Možnosti a omezení výzkumů při zjišťování recidivity (úspěšnosti léčby)	42
3.2 Prediktory recidivity	44
3.3 Domácí výzkumy recidivity.....	47
3.4 Recidivita z pohledu deviace	49
3.5 Recidivita z pohledu farmakoterapie	50

3.6 Recidivita z pohledu kastrace	50
3.7 Recidivita z pohledu úspěšnosti léčby	50
3. Výzkumná část.....	54
3.1. Cíle výzkumu	55
3.2. Soubor	56
3.2.1. Věkové rozložení souboru	57
3.3. Metoda	57
3.4. Výsledky	59
3.4.1. Diagnostické rozložení souboru.....	60
3.4.3. Rodina a partnerské vztahy	66
3.4.5. Psychiatrická diagnóza	70
3.5. Diskuse.....	71
3.5.1. Shrnutí výsledků	71
3.5.4. Výsledky	74
3.5.5. Další možnosti	81
3.5.2. Přínos výzkumu	82
Závěr	83
Seznam literatury	85

Seznam použitých zkratk:

PLB – Psychiatrická léčebna Bohnice

SMS - sexu

Úvod

Léčba sexuálních deviantů není ve společnosti většinou vnímána moc příznivě. Tato oblast lidské sexuality je zatížena předsudky nejen laické, ale i odborné veřejnosti. Pokud se v médiích objeví toto téma, je pokaždé spojené s mnoha námitkami, naštvaností, nepochopením. Sexuální deviace se tedy netýkají jen konkrétního jedince, ale zasahují do celé společnosti a jejích norem. Cílem sexuologické léčby by měla být ochrana společnosti a zároveň co možná nejdřívější vstup sexuálního delikventa do normálního života (Douglas, 2008). Abychom mohli vyhovět tomuto cíli, musíme dokázat posoudit míru jeho nebezpečnosti. K tomu by nám mohly pomoci prediktory recidivity.

V zahraničí bylo uskutečněno mnoho výzkumů, ale autoři zde zkoumají všechny sexuální delikventy. Vzhledem k tomu, že léčba sexuálních delikventů je u nás odlišná od většiny ostatních států (u nás probíhá léčba pouze deviantních sexuálních delikventů), může být pak aplikace těchto zjištění na skupinu sexuálních deviantů velmi zavádějící. V 70. a 80. letech u nás bylo několik výzkumů, které se snažili zjistit, jestli existují (a pokud ano, které) prediktory recidivity u sexuálních deviantů. Zjištěná data pak sloužila k formulaci léčebných programů. Jelikož od té doby neproběhl žádný větší výzkum na toto téma, rozhodla jsem se ověřit, zda dané prediktory jsou významné při recidivitě sexuálních deviantů.

K výběru tohoto tématu mě přivedla práce s těmito pacienty v ústavní léčbě v PL Bohnice. Pracuji zde již delší dobu jako ko-terapeut. Po nějaké době nastane situace, kdy je člověk přítomen při přijetí a následně také i při propuštění prvního pacienta. V této době jsem začala více přemýšlet o tom, jak se jim venku daří a na kolik je vlastně léčba úspěšná. Pokud pacient nedochází do ambulance, která je součástí léčebny, tak se k této informaci ani nedostane. Pacient se ztratí z doslechu a my můžeme pouze doufat, že se má dobře a že se mu daří nerecidivovat.

Abychom mohli dát odpověď médiím a široké veřejnosti, na kolik je léčba úspěšná, zda existují a potvrzují se nějaké prediktory recidivity, zda je možné, je nějak ovlivnit, na co zaměřit léčbu u jednotlivých pacientů, je možné, že existuje skupina osob, které nejsou ovlivnitelné terapií?

Teoretická část je nejprve zaměřena na sexuální deviace jako takové. Dále je vymezen pojem deviace a jejich definice, deviantní a delikventní chování, jelikož toto je největší rozdíl mezi českými a zahraničními výzkumy, následuje klasifikace parafilií a její diagnostika.

Zamyslíme se nad možnostmi léčby u nás i v zahraničí a nakonec se budeme podrobněji zabývat výzkumy, které na téma zjišťování prediktorů recidivity byly doposud uskutečněny. Cílem teoretické části je shrnout dosavadní poznatky, východiska, ze kterých dále vyplývají možnosti a omezení dosavadních výzkumů.

V empirické části budu ověřovat prediktory recidivity na souboru pacientů z ochranné sexuologické léčby v Psychiatrické léčebně Bohnice.

Cílem práce je tedy především ověřit již zjištěná data z předchozích výzkumů a porovnat je s nimi vzhledem k danému souboru. Tyto výsledky poskytnou obraz toho, jaké faktory jsou významné při recidivě pacientů, kteří již mají za sebou ukončenou ochrannou sexuologickou ústavní léčbu. Mohou tak být použity jako vodítko pro posouzení nebezpečnosti pacienta při nástupu do léčby (úpravou nebo uzpůsobením terapeutického plánu) a při jeho návrhu na přeměnu ústavní léčby na ambulantní. Zároveň se mohou stát podkladem pro další výzkum v této problematice.

Podle Weisse (2010) záleží na tom, zda média a následně i veřejnost očekávají od léčby úplné vyloučení recidivity léčených sexuálních delikventů. Pokud ano, vzniknou vždy pochyby o smysluplnosti terapie. Ta je totiž schopna pouze snížit recidivu (dle výzkumů se udává z 25 % na 10–15 %). Pokud však bude veřejnost vnímat léčbu jako prostředek ke snížení viktimizace, k redukci či k minimalizaci způsobené škody, pak ji bude ochotna považovat za efektivní. A k tomuto by měla přispět tato práce.

1. Sexuální deviace

1.1. Vymezení pojmu sexuální deviace

Definice sexuálních deviací je mnoho a stále nemáme jednoznačný pohled na deviace. Těmi nejzákladnějšími důvody je jednak velké množství teorií, které se snaží vysvětlit a popsat původ deviantního sexuálního chování (etiologie), dále odlišný pohled na to, co je v lidské sexualitě normální (normy), historický vývoj a odlišnosti kulturních kontextů, které se neustále mění (včetně právní normy, ale i v samotné mezinárodní klasifikaci nemocí), ale také zaměňování pojmu deviace a delikvence (medicínský versus kriminologický pohled).

Nejstarší dochované popisy sexuálních deviací byly nalezeny již ve starověkých dokumentech. Vlastní termín „deviace“ se objevuje již v díle o sexuálních deviacích „Psychopathia sexualis“ od Kaana, která vyšla v roce 1843 v Rusku. Ovšem za průkopníka v oblasti studia sexuálních deviací je považován německý psychiatr Kraft-Ebing, který vydal v Rusku v roce 1886 stejnojmennou knihu „Psychopathia sexualis“. Autor zde vychází z teorie degenerace a sexuální deviace popisuje na základě extrémních kriminálních případů (Weiss, 2002). Dodnes můžeme v učebnicích psychiatrie a psychopatologie najít sexuální deviace v kapitolách o poruchách osobnosti. Také 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) řadí poruchy sexuální preference do oddílu „Poruchy osobnosti a chování u dospělých“ (Smolík, 1996).

Již samotný termín „deviace“, tedy odchylka či úchylka, má v sobě jistý dehonestující prvek, proto se již ve třetí revizi amerického diagnostického a statistického manuálu (DSM III) objevil název „parafile“ (z řeckého para – vedle, mimo a philia – láska, přichylnost). Tento termín byl poprvé použit I. F. Krausem a do sexuologie zaveden W. Stekelem (Weiss, 2002).

Zakladatelé moderní sexuologie na počátku 20. století byli významně ovlivněni myšlenkami Freuda a psychoanalýzou. V roce 1947 založil americký biolog Kinsey sexuologický ústav, kde společně se svým týmem provedl rozsáhlý výzkum sexuálního života amerických mužů a žen. V letech 1949 a 1953 vydal výsledky výzkumů, ve kterých detabuizoval některá sexuální témata a ve kterých odhalil poměrně značné rozšíření sexuálních praktik chápaných do té doby jako deviantní nebo delikventní (Zvěřina, 1994).

1.1.1. Co je normální?

V průběhu 20. století se značně měnily postoje k sexuálním menšinám, původně restriktivní postoje se postupně liberalizují a uvolňují - některé deviace byly vyřazeny z klasifikace

nemocí, změnil se také pohled na kategorii sexuálních deviací. Odklon nastal například od uplatňování pouhé represe deviantního sexuálního chování k uvědomění si i potřeby léčby těchto jedinců, nebo také ve změně postoje k homosexualitě. Ta byla ze seznamu sexuálních poruch vyškrtnuta v poslední revizi klasifikace duševních nemocí (MKN–10 z roku 1992) a následně i z americké klasifikace nemocí z roku 1994 (DSM-IV). Někdy se ale i medicína nevyhnula chybným krokům, a to například v případech nucených kastrací nebo zaváděním do praxe behaviorální léčebné metody (jako averzivní léčba či terapie studem) jako jediného léčebného prostředku.

Laws a O' Donohue (1997) uvádí, že chybí jasná kritéria, která by odlišila zdravé sexuální chování od abnormálního, deviantního, a jasná definice sexuální deviace stále neexistuje.

Jak již bylo zmíněno výše, jedním z pohledů (a tím nejzákladnějším), jak vymezit pojem sexuální deviace je pomocí normy, teda stanovení toho, co lze považovat za normální. Ve snaze definovat normu sexuálního chování pro potřeby sexuologické diagnostiky narážíme na omezenou platnost té které normy – např. normy sociální a kulturně a historicky podmíněné (jelikož se neustále vyvíjejí, transkulturálně se liší), statistické normy (ne vždy je normální to, co má nejvyšší výskyt a naopak; příkladem je třeba homosexualita), biologická norma (běžně se uvádí, že asi pouze 5% styků je prováděno skutečně za účelem reprodukce), medicínská/funkcionální norma (pokud neznáme funkci určitého jevu, nevíme, zda je to normální či ne), subjektivní a ideální norma (v případě sexuálních deviací bychom museli dojít k naprosté anomii, což není možné).

Dle Bancrofta (Weiss, 2002) mají normy trojí význam:

- Chrání oběti před násilím.
- Brání sexuálním projevům na veřejnosti.
- Deklarativně varují před chováním, které společnost neschvaluje.

Weiss (2002, str. 29) uvádí, že „ze sexuologického hlediska lze za normální považovat takové konsenzuální sexuální aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery, a jež nevedou k jejich psychickému nebo tělesnému poškození.“

1.1.2. Sexuální deviace versus sexuální delikvence

Další terminologickou nejasností při zkoumání sexuálních deviací je záměna sexuální deviace jako poruchy zdraví a sexuální delikvence jako porušení sociálních či právních norem sexuálního chování. Deviantní sexuální chování nemusí nutně znamenat přítomnost sexuální deviace a normální sexuální chování ještě není důkazem sexuální normality. Zvěřina (2003) zdůrazňuje, že je třeba odlišovat situační deviantní chování (jednání, aktivita) od poruchy sexuální preference jako celoživotní trvalé charakteristiky (trvalý stav kvalitativní odchylnosti sexuální motivace). Mnohé sexuálně deviantní činy páchají jedinci, kteří nejsou deviantní. Existuje také mnoho sexuálních deviantů, kteří nejsou sexuálně delikventní. Např. většina pedofilů za svůj život není nikdy delikventní. Podle Weisse a Zimanové (1985) je podíl sexuálních deviantů na sexuálních deliktech pouze 10 – 15%. Dle Brichtáka (2003) se sexuálně deviantně mohou zachovat lidé duševně zdraví i duševně nemocní.

Z výzkumů vyplývá, že existují určité odlišnosti mezi deviantními a nedevariantními sexuálními delikventy. Zvěřina a Pondělíčková (1983; 1984) uvádějí, že pro asociální delikventy je příznačná neschopnost trvalejších citových vztahů. Dále předpokládají, že u nedevariantních agresorů se jejich nebezpečnost s věkem snižuje, což však podle nich neplatí u sexuálních deviantů, protože struktura sexuální motivace totiž nepozbývá s věkem své specifické odlišnosti.

Výsledky starších výzkumů (Brzek, 1997; Koutský, 1981; Weiss, a další, 1986) výzkumů dále ukazují, že jsou pro neparafilní jedince typické především problémy v oblasti osobnostních rysů a vývojových faktorů, které podmiňují jejich celkovou sociální maladaptaci (např. dysfunkčnost nukleární rodiny, partnerská a profesionální maladaptace nebo obecná kriminalita). U parafilních delikventů je defekt většinou omezen na oblast sexuální motivace a sexuální socializace (narušený psychosexuální vývoj, inhibice v oblasti heterosexuálních vztahů, časný nástup deviantních aktivit a sexuálně motivovaná kriminální recidiva). Jejich osobnostní vývoj většinou nevykazuje závažnější poruchy a ve srovnání s neparafilními delikventy je lepší i jejich profesní a sociální adaptovanost. Při diagnostice parafilie je velmi důležitou součástí analýza psychosexuálního vývoje.

Podle Weisse (2010) jsou u nedevariantních sexuálních delikventů typické následující charakteristiky – bývají to jedinci sociosexuálně a psychosexuálně nezralí (stav běžně se vyskytující v průběhu vývoje jedince, při kterém vznikají disproporce ve zrání sexuální sféry, a není možné předpovědět, jak se daná sexualita vyvine), jedinci s poruchou osobnosti (impulzivní, nebo s rysy anetičnosti), hypersexuální jedinci se sníženou volní kontrolou,

jedinci se sníženou schopností racionální kontroly sexuálního chování podmíněnou vrozeným či získaným defektem kognitivních funkcí (mentálně retardovaní, starší muži s organickým poškozením), jedinci s duševní poruchou (psychotická porucha) nebo bývají delikty podmíněny situačně (například vlivem alkoholu a jiných psychoaktivních látek, s dlouhou deprivací sexuálních potřeb).

Tento pohled je znám především z americké literatury, kde se místo „deviantologie“, tedy nauky o sexuálních deviacích, mluví spíše o léčbě sexuálních delikventů. V tomto případě se pak nabízí otázka, co vlastně odborníci léčí, jelikož tyto dvě skupiny se liší nejen v sexuálních charakteristikách, ale také v osobnostních rysech, vývojových podmiňujících faktorech atd., ale také, a to především, v zaměření léčby. U sexuálních delikventů je léčba především zaměřena na antisociální chování, porušování norem, hranic mezilidského chování. Je více orientována na změnu chování, a to pomocí KBT. Kdežto u sexuálních deviantů půjde navíc o vytvoření si náhledu na svou deviaci, pochopení mechanismů sexuálního chování, zjištění rizikových faktorů a vytvoření si adaptačního cíle.

Rozlišení sexuálních delikventů na ty, kteří trpí parafilii v pravém slova smyslu, a na ty, kteří se dopouštějí sexuálních deliktů v rámci jiné (zejména osobnostní či sociální) patologie, je tedy důležité především z hlediska forenzně sexuologického (při určení nutnosti absolvování ochranné sexuologické léčby) i psychologického (například v rámci psychoterapie, při predikci recidivy) (Bričecín, 2010).

O zastoupení sexuálních deviantů mezi pachateli sexuálních deliktů nejsou k dispozici žádné údaje. Stejně tak nejsou k dispozici údaje o počtu nedelikventních sexuálních deviantů v populaci (Weiss, 2002).

1.1.3. Sexuální deviace v klasifikaci nemocí

Další nejasností je rozlišení deviací a psychické poruchy či choroby. Podle mezinárodních klasifikací (DSM IV z roku 1994 i MKN 10 z roku 1992) lze parafilii považovat implicitně za poruchu pouze v případech, když způsobuje svému nositeli distres a osobní či sociální problémy. Z tohoto pohledu by například ego-syntonní nekrimální pedofil nebyl vlastně deviantní, a to přesto, že by ze sexuologického hlediska vykazoval celoživotní preferenci dětí jako sexuálních objektů (Weiss, 2002).

Parafilie jsou podle MKN-10 charakterizovány sexuálními impulzy, fantaziemi nebo praktikami, které jsou neobvyklé, deviantní nebo bizarní. Mezi obecná diagnostická kritéria parafilii patří tyto podmínky (Smolík, 1996):

- jedinec opakovaně prožívá intenzivní sexuální touhy a fantazie týkající se neobvyklých objektů nebo aktivit;
- jedinec buď takovým touhám vyhoví, nebo je jimi citelně obtěžován;
- preference je přítomna nejméně šest měsíců.

Kód	Parafilie
F65.0	Fetišismus
F65.1	Fetišistický transvestitismus
F65.2	Exhibicionismus
F65.3	Voyeurismus
F65.4	Pedofilie
F65.5	Sadomasochismus
F65.6	Mnohočetné poruchy sexuální preference
F65.7	Jiné poruchy sexuální preference (frotérství, nekrofilie)
F65.8	Porucha sexuální preference NS sexuální deviace NS

Tabulka 1: Poruchy sexuální preference podle MKN-10

Tento výčet čeští odborníci považují za neúplný a neodpovídající plně potřebám sexuologické diagnostiky. Dle Freunda a Seta (1998) zde není například zahrnuta patologická sexuální agresivita, a to přesto, že její podstata je odlišná od sadismu.

1.1.4. Etiologie

Komplexní a všeobecně přijímaná koncepce vzniku a vývoje poruch sexuální preference neexistuje. Tato nejednoznačnost a mnohovrstevnost sexuálních deviací vedla nakonec ke vzniku různých definic a teorií. Paralelně se zkoumají příčiny biologické, psychologické, ale i sociologické. Jelikož dále v této práci vycházím z popisu deviací české sexuologické školy, uvádím zde pouze ty nejdůležitější teorie, ze kterých vychází i léčba v ČR.

Weiss se Zvěřinou (Weiss, 2002) považuje parafilii za kvalitativní odchylku struktury sexuálního motivačního systému (SMS). Brichcín definuje sexuální deviaci jako poruchu řízení sexuálních emocí. Za sexuální emoce označuje např. zamilovanost, která u parafilních mužů často chybí (Brichcín a Kalvach, 2003).

Kolářský s Madlafouskem (1983) definují parafilii jako menšinovou variaci sexuálního motivačního systému (SMS). Tato teorie, která popisuje více než sexuální chování jedince, výrazně ovlivnila celou českou sexuologickou odbornou veřejnost v oblasti sexuálních deviací. Tuto teorii dále ještě rozpracoval Brichcín (1995). Vychází z paradigmatu motivačního, tedy že je život člověka v podstatě naplňováním vrozených motivačních systémů, které jsou dány evolučně. Mezi těmito systémy je i sexuálně motivační systém. U jedinců s parafilii musíme počítat s odlišným motivačním základem psychiky. Jde o odlišné nasměrování nebo přemístění erotického zájmu, a to již od úvodní erotické aktivace. Sexuální chování je odlišné nejen ve směru vyhledávání erotických stimulů, ale i rozrušením návaznosti jednotlivých fází sexuálního chování. Z hlediska sexuologické diagnostiky je důležité znát interpersonální kontext, ve kterém se dané sexuální chování odehrálo.

Kolářský (2008) tedy uvádí tyto kategorie sexuálního chování, které pak dále vysvětluje:

1. **atraktivita** (řízené chování) - vábení všech příslušníků opačného pohlaví zdůrazněním signálů vlastní pohlavní příslušnosti
2. **proceptivita** - svádění určitého partnera
3. **akceptivita** - genitál či jiné intimní části těla jsou přístupny dotykům
4. **genitalita** - genitální spojování
5. **konceptivita** - orgasmus

Vychází z Freunda, který nazývá kategorie 1, 2 a 3 dvořením. Na základě uvedeného popisu kategorií sexuálního chování v kombinaci s teorií sexuálně motivačního systému popsal společně s Brichcínem tři druhy sexuálních variací:

- A – **atypická** náplň sexuálně motivačního systému (tedy obsahová odlišnost, v SMS jsou podněty, které běžně nejsou erotické)
- B – **koordinační** anomálie (v SMS je normální obsahová náplň, má vyvinuté všechny složky, ale není mezi nimi normální koordinace)
- C – **chybění** částí sexuálně motivačního systému

K porušení úplnosti sexuálně motivačního systému může dojít také v dospělosti při involučních změnách mozku, při mozkových poraněních nebo při patologických degenerativních změnách mozku.

Dle Weisse (2002) je velmi pravděpodobné, že, stejně jako i u mnoha jiných poruch, je hlavní příčinou parafilií vrozená dispozice a že pozdější faktory, jako například výchova nebo sexuální zkušenost, mají jen formující vliv. Pozdější faktory tak mohou projevy vrozených dispozic buď tlumit, nebo je podporovat.

Laws a O'Donohue (1997) charakterizují parafilní jedince jako osoby, které mají často další přidružené problémy. Trpí například úzkostmi, depresemi, často mají poruchu osobnosti, problémy ve vztazích nebo v sociální oblasti vůbec, špatně kontrolují zlost nebo jsou závislí na alkoholu či jiných psychoaktivních látkách.

1.2. Klasifikace

Čeští sexuologové rozeznávají dva druhy sexuálních deviací – deviace v aktivitě a deviace v objektu. Toto rozlišení se v angloamerických podmínkách neužívá. V případě, že se vykytuje několik deviací najednou, hovoří se o deviaci kombinované či polymorfní. Vzhledem k tématu a rozsahu práce se v této části zmíním pouze o těch parafilních s nejčastějším výskytem. V následujícím popisu pak vycházím především z Weissovy základní monografie o sexuálních deviacích (Weiss, 2002).

1.2.1. Deviace v aktivitě

Jako deviace v aktivitě jsou označovány poruchy ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení. Do této skupiny deviací můžeme zařadit např. voyeurismus, exhibicionismus, frotérismus, tušérství, patologická sexuální agresivita, agresivní sadismus, sadomasochismus a jiné podobné poruchy.

Voyeurismus

U této deviace je sexuální vzrušení dosahováno sledováním intimního počínání nic netušících anonymních objektů (svlékajících se žen, masturbujících žen nebo souložících párů). Toto chování je preferovaným způsobem dosahování vzrušení a je upřednostňováno před partnerskými sexuálními aktivitami a to i tehdy, když je atraktivní sexuální partner preferovaného věku a pohlaví dostupný a neexistuje ani sociální překážka sexuální interakce. Většina voyeuristických aktivit je realizována do 35 let, v období, kdy je sexuální potřeba nejnaléhavější, a zahájení deviantních aktivit je před 15. rokem věku (Kaplan a Kreuger, 1997).

U voyeurů jsou často zjišťovány i jiné deviantní aktivity. Nejčastěji to jsou exhibicionistické aktivity, ale i projevy frotérsko-tušerské a dle Freund a Watsona (1990) i sexuálně agresivní (přibližně u 20% voyeurů).

U těchto deviací se objevují podobné pocity úzkostného vzrušení spojené s pozorováním objektů v situaci nebezpečí prozrazení. Voyeurismus je většinou kompulzivního charakteru. Do konfliktu se zákonem se voyeurů dostávají velmi málo. Bývají stíháni za narušování osobní svobody, výtržnictví či krádeže drobných věcí, které si ojediněle mohou z místa činu odnést jako připomínku zážitku. Málokdy vyhledají dobrovolnou léčbu, většinou ale kvůli neurotickým nebo partnerským problémům.

Exhibicionismus

Sexuální vzrušení je u této deviace dosahováno odhalováním genitálu před neznámými objekty. Někdy bývá toto odhalování spojeno s erekcí a s masturbací. Exhibicionismus patří k nejčastějším parafiliím a je silně nutkavého charakteru. Z tohoto důvodu má i vysokou specifickou recidivu. Pravý exhibicionista bývá bázlivý a nesmělý muž, který s objekty svých exhibicí nekomunikuje, nenavazuje žádný kontakt a udržuje od nich určitou vzdálenost. K dosažení sexuálního vzrušení mu stačí vědomí, že byl jeho penis viděn. Neuvědomuje si, že jeho objekt není eroticky vyladěn a tím tak narušuje jeho intimní sféru. Podle Kolářského a Madlafouska (1983) je exhibicionismus poruchou úvodní fáze sexuální interakce. Exhibicionisté se při výběru exhibice vyhýbají svým vlastním sexuálními partnerkám a zároveň se vyhýbají i vstřícné erotické komunikaci s obětí.

Většina našich i zahraničních sexuologů uvádí, že mezi exhibicionisty mívají největší zastoupení mladí muži, především ve věku třetího decenia (Zvěřina a spol., 1985). Podle Zvěřiny (1994) pro delikty spojené s vysokou sexuální aktivitou (expozice genitálu, sexuální agrese) platí zásada, že nebezpečnost pachatele výrazně klesá po dosažení 35 let věku. Tento trend chápe jako výsledek působení pohlavního pudu, který je nejvyšší do 30 let, a který u mužů po tomto věku – ve spojení s poklesem androgenů – všeobecně zvolna klesá. Pokles hladiny androgenů pak i u tohoto typu delikvence vede ke snížení frekvence expozic genitálu. Většinou jsou exhibicionisté charakterizováni jako uzavření, stydlivý, plaší, vnitřně nejistí a sociosexuálně retardovaní.

Ne každý expozér genitálu je však exhibicionista. Pokud expozér zkracuje vzdálenost k vybranému objektu, navazuje s ním kontakt nebo chce u něj vzbudit úlek a strach, pak je pravděpodobné, že se jedná o sexuálního agresora nebo o sadistu, který volí náhradní nebo

méně nebezpečnou a méně ohrožující sexuální aktivitu. V tomto případě pak hrozí větší nebezpečí možného stupňování agrese při opakování deliktů. Podobně pokud se jedinec dopouští exhibic před dětmi, je velmi pravděpodobná přítomnost deviace v objektu - pedofilie.

Dle právních zákonů se toto řeší jako trestný čin výtržnictví, ale v poslední době se tyto činy řeší spíše jako přestupek. Latentní kriminalita je u této delikvence vysoká – podle údajů Coxe a Maletzkého (1980) je oznamováno pouze 17 % exhibic.

Frotérismus

Sexuální vzrušení u frotérismu je dosahováno třením se o neznámé objekty v tlačenicích v davu, ve frontách nebo v dopravních prostředcích. I u tohoto chování je vysoká nutkavost. Pro frotéry bývají časté i jiné deviantní aktivity či deviantní preference. Nejčastější komorbidita je spojená s voyeurismem. Do konfliktu se zákonem se frotéři dostávají zřídka.

Tušerství

Tušěři dosahují sexuálního vzrušení doteky na intimních místech anonymních objektů. Frotérské a tušérské chování se obvykle vyskytuje společně. Tušěři již narušují nejen psychické, ale i fyzické teritorium svých eroticky nevyladených objektů bez jejich souhlasu. Proto lze tyto aktivity hodnotit jako mírnější formu přímé sexuální agrese (Weiss, 2002). Vzhledem k odmítání komunikace a anonymitou objektů je Zvěřina (1994) řadí mezi deviace s poruchami párovacích mechanismů.

Patologická sexuální agresivita

Sexuálního vzrušení a uspokojení je u patologické sexuální agresivity dosahováno překonáváním odporu napadené anonymní ženy a minimalizací její kooperace. Diagnóza patologická sexuální agresivita je specifická pro českou sexuologickou školu. Česká sexuologická škola podle Zvěřiny a Pondělíčkové (1984) rozlišuje dva typy sexuálních agresorů – pravé sadisty s evidentní preferencí sadistických témat a patologické sexuální agresory, kteří při páchání deliktu nesměřují ke koitu, nebo kteří mají výrazný sklon k opakování sexuálního násilí stejného charakteru. Právě sklon k opakování sexuálního násilí stejného charakteru je pravděpodobně typickým rysem deviantních pachatelů sexuálních agresí. V anglosaské odborné literatuře najdeme pouze rozlišení na „rapist“ (násilník, pachatel znásilnění), což není medicínský termín ani diagnóza, a na „sadist“ (sadista), což diagnóza je, ale pokrývá jen část deviantních pachatelů sexuálních agresí.

U patologické sexuální agrese není zřejmá žádná sadistická vloha v pravém slova smyslu. Pachatelé obětí netrýzní, ani neprodlužují její utrpení. Chování patologického sexuálního agresora je popisováno jako chování predátorské. Svou oběť si vyhlédne, pak ji pronásleduje, přepadá ji na opuštěném místě či na místě, které nemůže opustit (např. výtah, automobil), povalí ji na zem, eventuálně ji vyhrožuje poraněním či zabitím. Někdy vyžaduje vaginální či anální soulož, jindy orální dráždění nebo masturbaci. Tomuto jednání většinou nepředchází žádný pokus o verbální nebo jiný bližší kontakt.

Sexuální agresori se liší od nedevariantních mužů tím, že se u nich nevyvinula, nebo selhává, inhibice sexuálního vzrušení při ženiných signálech značících prožitek sexuálního násilí - např. její nesouhlas, prožitek strachu, utrpení, nebo dyskomfortu (Zvěřina a Poděličková, 1984).

Kolářský (2008) řadí sexuální agresivitu ke koordinačním anomáliím a také uvádí, že ve chvíli napadení ženy agresorem je izolovaný fragment agresorovy genality vsazen do neerotického, přímo agresivního rámce. U mužů s koordinační sexuální anomálií neerotické projevy ženy nebrání jejich sexuálnímu vzrušení nebo intimnímu aktu. Dále vychází z předpokladu, že při erotickém nabuzení nedevariantního muže je zároveň aktivována jeho averze ke skutečné agresivitě.

Weiss (2010) uvádí, že angloameričtí autoři většinou možnost deviace, tedy primárně sexuální poruchy, v souvislosti se sexuální agresivitou neuvádí. Příčiny hledají v sociologických nebo psychologických faktorech, např. v nedostatečné regulaci afektivních stavů, v neschopnosti navázat vztah, ve strachu z intimity nebo v negativních postojích mužů vůči ženám. Zdůrazňují, že pachatelé sexuálních agresí mají tendenci přebírat mýty o znásilnění (rape myths) a akceptují a ospravedlňují násilí vůči ženám.

Ze studií (např. McConaghy, 1993; Marshall a spol., 1990) vyplývá, že ne každý muž, jenž se dopustí sexuálního násilí, je patologický sexuální agresor. Lze naopak předpokládat, že většina pachatelů sexuálních deliktů trpí jinými, než sexuálními poruchami (např. intoxikací alkoholem, poruchou osobnosti či mentální retardací). Zvěřina (1994) tvrdí, že pouze malá část pachatelů i v případě sexuálně násilných činů trpí parafilií ve smyslu patologické sexuální agresivity nebo sadismu.

Výzkumy charakteristik sexuálních agresorů se shodují v tom, že se tito pachatelé dopouštějí prvních delikventních aktivit do 20. roku věku. Z výzkumů sexuálních agresorů se ukazuje, že ve srovnání pachatelů sexuálních deliktů jiného charakteru (nedevariantního) bývají sexuální

agresori mladší – většina do 30 let (Brichcín a Kalvach., 2003; Zvěřina a Pondělíčková, 1984). Až u 70% sexuálních agresorů je nacházen abúzus alkoholu (Hillbrand a spol., 1990). Opakovaně je u sexuálních agresorů zjišťována partnerská i profesní maladaptace (Weiss a spol., 1986; Zvěřina a Pondělíčková, 1984).

Brichcín (Brichcín a Kalvan, 2003) uvádí, že z hlediska výchovných podmínek je u sexuálních agresorů častý defekt v identifikační figuře otce, častá je konfliktnost manželství rodičů nebo výchova v ústavních zařízeních. Sexuální agresori mají menší schopnost citově se angažovat v partnerských vztazích nebo tyto vztahy udržet (Zvěřina a Mellan, 1984). U patologické sexuální agresivity je nejčastěji nacházena komorbidita s poruchou osobnosti. Bývají nalézány rysy nezdrženlivosti, explozivity, agresivity, sociální maladaptace (Weiss, 2002). Častý je také typ schizoidního jedince s agresivními tendencemi, sociálně inhibovaný a hostilní k ženám (Zvěřina a Pondělíčková, 1984).

Agresivní sadismus

Agresivní sadismus je specifickou kategorií prafailií, která se řadí k patologické sexuální agresivitě v nejširším slova smyslu. Agresivní sadista potřebuje pro dosažení sexuálního vzrušení a uspokojení objekt svého zájmu před stykem, během něho či místo styku učinit nehybným. Pro tyto jedince je významný fakt, že mohou se svou obětí libovolně manipulovat. Do této kategorie patří pravděpodobně většina sexuálních vrahů, kterým jde primárně nejspíš o znehybnění objektu, ne o jeho zabití.

Někteří američtí autoři (Myers a spol., 2006) navrhují vytvořit zvláštní diagnostickou jednotku pro pachatele sexuálně motivovaných sériových vražd – „Sexuální sadismus, vraždící typ“.

V anamnéze agresivních sadistů jsou často nacházeny i jiné deviantní aktivity – exhibicionismus, voyeurismus, fetišismus nebo extrémní krutost ke zvířatům (Weiss, 2002). Typický sadistický vrah je charakterizován jako sociálně izolovaný, introvertní, citově plochý a má pocity méněcennosti.

Sadismus a masochismus

U sadismu je sexuální vzrušení dosahováno dominancí a úplnou kontrolou objektu. Sadista je vzrušován fyzickým a duševním utrpením oběti a pocitem, že oběť je v jeho moci. U masochismu je sexuální vzrušení dosahováno úplným odevzdáním se partnerovi, vlastním ponižením nebo utrpením. Sadismus a masochismus se často vyskytují společně, proto se

většinou hovoří o sadomasochismu. U této deviace nemusí být naplněna podmínka anonymity objektu tak, jak je to v případě ostatních deviací v aktivitě.

Zvláštní formou sadismu, zaměřenou především na děti a dospívající, je tzv. sadismus pseudopedagogický. Hlavní charakteristikou této formy sadismu je důraz na poslušnost a disciplínu.

1.2.2. Deviace v objektu

Jako deviace v objektu je označována neadekvátní sexuální apetence, tedy neadekvátní zaměření erotické touhy. Do této skupiny patří především pedofilie, fetišismus a transvestitismus.

Pedofilie

Podstatou této deviace je erotické zaměření na objekty v prepubertálním věku, bez znaků dospívání. Nejčastější je zaměření na děti ve věku pěti až dvanácti let. Pedofilové preferují jak fyzickou nezralost objektu (nepřítomnost sekundárních pohlavních znaků – chybění prsů a pubického ochlupení u dívek, nepřítomnost ochlupení a ejakulace u chlapců), tak i dětské chování. Rozlišuje se pedofilie heterosexuální, homosexuální a bisexuální. Erotické zaměření na dospívající dívky (s náznakem prsů a pubického ochlupení) se označuje hebefilie. Erotické zaměření na dospívající hochy (s naznačeným pubickým ochlupením, eventuálně se schopností ejakulace) se označuje efebofilie (Weiss a kol., 2005). Podle Kolářského a Brichcína (2000) spočívá podstata sexuální anomálie u hebefilů v preferenci pubertálního dvoření, jako by byla hebefilova sexualita nastavena pro pubescentní stadium vývoje. Efebofila pak láká „klackovitost“ zjevu a pohybů chlapce a chce být vůči chlapci v nadřazeném, rádcovském postavení.

Důležitým diagnostickým vodítkem při zjišťování pedofilie je tzv. pedagogicko-estetický komplex, to znamená, že pedofilova osobnost je strukturovaná podobně jako osobnost dítěte (Brzek, 1997). Svět dětí je proto pravým pedofilům blízký, cítí se v něm bezpečně, uvolněně. Dětem rozumějí a jsou v dětském kolektivu obvykle velmi dobře přijímáni. Žijí v atmosféře dětského světa, hrají roli staršího kamaráda. Často se uplatňují v zaměstnáních spojených s dětským kolektivem. Tato zaměstnání nevyhledávají pouze pro uspokojení svých sexuálních potřeb, ale i pro prožití iluze dětského světa. Pokud nepodlehnou svým sexuálním pohnutkám, mohou být právě pro porozumění dětskému světu úspěšní učitelé nebo oddíloví vedoucí (Weiss a kol., 2005).

Podle Kolářského a Brichcína (2000) je pravá pedofilie charakteristická především pedofilní proceptivitou, tedy pedofilně zaměřenými úvodními, pregenitálními fázemi sbližování. To se projevuje také tím, že pedofil tráví mnoho času s dítětem a je k němu v kvazipedagogické nebo kvazirodičovské roli (Weiss, 2002).

Ne každý pachatel sexuálního zneužití dítěte je pedofil. Pedofilní a nepedofilní pachatelé mají odlišnou motivaci svého chování. Pedofilové jsou primárně motivováni preferencí dětí jako sexuálních objektů, zatímco nepedofilní delikventi mohou mít sex s dětmi proto, že není dostupný dospělý sexuální partner (Freund a Seto, 1998). Zneužití dítěte dospělým může být důsledkem mentálního handicapu, psychopatologie či antisociálního chování pachatele (Barbaree a Seto, 1997). Sexuální zneužití spáchané pravými pedofily spočívá většinou v nekoitálních formách sexuálního kontaktu s dítětem. Nejzávažnější formou tohoto typu zneužití bývá manuální nebo orální kontakt s genitálem dítěte nebo vyžadování masturbace či orálního dráždění (Weiss, 2002).

Pouze část pedofilů je celoživotně odkázána výhradně na deviantní způsob sexuálního uspokojování. Mnozí z nich žijí ve více či méně funkčních manželstvích a partnerských vztazích (Weiss a spol., 2005).

Výzkumy ukazují, že pedofilní delikventi jsou nejčastěji středního věku, s vrcholem mezi 35. a 40. rokem. Delikty se však nacházejí i u adolescentů, s vrcholem v pubertě, a u senescentů, s vrcholem mezi 55. a 65. rokem.

V dětství pedofilů se častěji nachází dysfunkční výchovné prostředí, dysharmonický vztah mezi rodiči a neadekvátnost identifikační figury otce (Zvěřina a spol., 1987). Z hlediska psychopatologického jsou u pedofilních delikventů diagnostikovány nejčastěji poruchy osobnosti. Brichcín (1995) popisuje u pedofilů nejčastěji anomální socializaci a psychosexuální nezralost. Dále bývá popisováni jako introverti, kteří jsou málo sociálně dovední. Mellan a kol. (1969) nachází ve zkoumaném vzorku heterosexuálních pedofilů nápadně zvýšený ostych a společenskou nejistotu i ve vztahu k vrstevníkům.

Fetišismus

Při této poruše sexuální preference je erotická touha zaměřena na neživé předměty nebo na části těla, které zastupují normální sexuální objekt. Za závažnější delikty bývají fetišisté stíháni málokdy. Pokud se jich ale dopouštějí, jejich chování není primárně podmíněno touto deviací, jedná se spíše o fetišistické rysy u sadistů nebo agresivních sadistů.

1.2.3. Polymorfní a kombinované sexuální deviace

Kromě vyhraněných sexuálních deviací existují i různé kombinace několika deviantních preferencí, které se vyskytují současně. Velmi častým je například pedofilní sadismus, fetišistický sadomasochismus apod.

Polymorfní deviace zahrnují velmi mnohotvárné deviantní preference. Brzek (1997) uvádí, že polymorfní deviant je současně i těžce psychopatickou osobností.

1.3. Psychosexuální vývoj parafilek

Schejbalová a Reguli (Sejbalová a Reguli, 2007) popisují ve své studii, že asi 40 až 50% dospělých sexuálních deviantů uvedlo, že nástup deviantních potřeb, ať v ideatorní formě nebo ve formě aktivit, zaznamenali již před svým 18. rokem věku.

Psychosexuální vývoj mužů s parafilei se od vývoje mužů bez deviace liší v mnoha charakteristikách. Weiss a Zimanová (1995) uvádějí, že u deviantních jedinců lze většinou již v pubertě pozorovat odchylky v jejich heterosexuálních vztazích, především v oblasti komunikace s příslušníky opačného pohlaví.

V porovnání s normou bývají deviantní dospívající chlapci buď příliš nesmělí, nebo naopak přehnaně agresivní. Jedním ze znaků parafileního vývoje je proto nedostatek sexuální empatie (Weiss a spol., 2005). Parafileci jsou často neschopni adekvátně dekodovat erotické signály žen, nebo je interpretují mylně. Bývají také nápadně neobratní při dvoření a mají malou schopnost porozumět sexuálním potřebám partnerky.

Další charakteristikou může být absence platonické zamilovanosti v pubertálním období, nebo její nápadně pozdní nástup. V této době se již objevují první sexuálně deviantní projevy, a to buď na úrovni fantazií, nebo již v podobě realizovaných deviantních aktivit. Tyto projevy mohou u postižených jedinců vyvolat pocity viny a odlišnosti. Důsledkem pak bývá vytěsnění sexuality, která tak nemůže být integrována do osobnosti a interpersonálních vztahů. Pocity méněcennosti, narušené sebepojetí a sebepřijetí v oblasti sexuality pak vedou k poruchám sebepercepce a sebeprožívání i v jiných oblastech a dále narušují schopnosti parafilek navazovat vztahy s opačným pohlavím. Uvedené odchylky charakterizující heterosexuální vztahy jsou však důsledkem než příčinou deviantního vývoje (Weiss a Zimanová, 1995).

Kolářský a Brichcín (2000) uvádějí, že parafilek s atypickou proceptivitou je velice obratný, emočně vyvinutý a empatický, ale jen ve svém specifickém sektoru sociálních dovedností.

Jejich tvrzení dokládá praktická zkušenost – např. pedofilové bývají neobratní a inhibovaní v kontaktu se ženami, ale ve vztahu k dětem jsou empatičtí a velmi obratní.

Jednou z hlavních charakteristik osobnosti deviantního jedince i v dospělosti je rozpojení sexuální a citové sféry v prožívání vztahu a v chování k většinovým sexuálním objektům. U většiny mužů se sexuální deviací lze najít alespoň pokusy o adaptaci na většinovou partnerskou sexualitu. Tyto pokusy bývají obvykle projevem jejich snahy překonat deviantní sexuální potřeby. U mnoha z nich se současně vytvářejí masivní psychické obrany, které slouží k zachování jejich psychické integrity. Často u nich nacházíme vytěsnění deviantních tendencí.

Dle Weisse (2002) se při zahajování partnerských sexuálních aktivit objevují u deviantních mužů často sexuální dysfunkce. Ty bývají buď přímým následkem odlišné sexuální preference, která pro parafilika není dostatečně vzrušující, nebo bývají následkem nejistoty při vědomí vlastní odlišnosti. Deviantní jedinec často využívá své sexuální dysfunkce k racionalizaci deviantního sexuálního chování, které interpretuje jako následek nebo náhražku při neschopnosti normálního sexuálního styku. Psychické obranné mechanismy racionalizace a vytěsnění ztěžují získání validních informací o sexuálním vývoji deviantního jedince i v případě jeho dobré spolupráce, protože ho vedou k jeho autostylizaci jako sexuálně bezproblémového.

1.4. Diagnostika sexuálních deviací

Sexualita je velmi intimní a soukromou oblastí lidského života. Pro to, abychom ji mohli zkoumat, musíme vytvořit především důvěrnou atmosféru. I tak je však třeba počítat se sníženou spolehlivostí údajů získaných z rozhovorů nebo z dotazníků, především pokud zjišťujeme údaje, které mohou být stigmatizující, např. výskyt deviantních fantazií nebo deviantních aktivit. Je-li zvažována přítomnost sexuální deviace, je nutné mít vždy na zřeteli možnost zkreslování údajů vyšetřovanou osobou. Tito jedinci jsou motivováni o sobě nevypovídat nebo informace měnit směrem k větší sociální přijatelnosti, jelikož jsou většinou vyšetřováni v souvislosti s již spáchaným trestným činem. Proto je vždy vhodné kombinovat méně průhledné psychodiagnostické metody (například Rorschachův test) s metodami více závislými na ochotě a schopnosti jedince o sobě vypovídat (například dotazníky, sebeposuzující škály).

Zatím se nenašel žádný důkaz, že by existovala nějaká osobnostní struktura, specifické osobnostní rysy nebo osobnostní profil, které by byly charakteristické pro sexuální devianty obecně nebo konkrétně vzhledem k určité deviaci nebo deliktu. V diagnostickém procesu je nicméně důležité popsat osobnostní charakteristiky delikventa, případně stanovit poruchu osobnosti, z důvodu predikce jeho osobnostního vývoje a možností jeho resocializace, ale také při rozhodování o druhu nejvhodnější terapie. K získání těchto informací Marshall (Marshall a spol., 2009) doporučuje použít nejen anamnestického rozhovoru, ale i dotazníků, projektivních a výkonových testů a tzv. objektivních zpráv.

V diagnostice sexuálních deviací Weiss (2002) rozlišuje tři druhy vyšetřovacích metod: metody anamnestické, psychofyziologické a psychodiagnostické.

1.4.1 Anamnestické vyšetření

Zaměřený rozhovor s pacientem je jednou z nejspolehlivějších metod pro určení možného odchýlného vývoje sexuální motivace. Zvláštností psychosexuálního vývoje mohou upozornit a nasměrovat ke specifikaci kvalitativní odchylky sexuální motivace. Směr a způsob verbální exploração popsal již v 60. letech Kolářský (2008).

Weiss a Briccín (1992) stanovili několik základních témat, které je nezbytné při podezření na sexuální anomálii explarovat. Uvedené anamnestické znaky mohou být typické jen pro určité sexuální deviace a nemusí se vždy vyskytovat všechny znaky. Tento okruh témat pomáhají určit směr v další diagnostické úvaze:

- Atypické zaměření a atypické chování v dětství (např. týrání zvířat u sadistů, zakládání ohňů nebo zvýšená obecná agresivita u sexuálních agresorů).
- Odlišná náplň masturbačních fantazií a polučních snů, která se objevuje již v pubertě.
- Výskyt psychogenních sexuálních dysfunkcí při heterosexuálních koitálních aktivitách nebo nápadně opožděný či předčasný začátek sexuálních styků (ať epizodicky nebo celoživotně).
- Nápadný časový odstup mezi první heterosexuální koitální zkušeností a dalšími koitálními aktivitami.
- Nízká motivace k obvyklým sexuálním aktivitám, která se projevuje nízkou frekvencí koitů nebo vyhýbáním se partnerským erotickým situacím.

- Nedostatek sexuální empatie (malá schopnost adekvátně dekodovat erotické signály ze strany žen, často je interpretují mylně, při dvoření bývají málo obratní a mají malé porozumění pro sexuální potřeby partnerky).
- Parcialistické zaměření (nedevariantní muži často uvádějí klín a prsa jako preferované části ženského těla, pedofilové uvádějí obličej, sadisté a sexuální agresori stehna a hýždě).
- Absence hlubších citových vztahů (obvykle chybí první platonické zamilování – např. u sexuálních agresorů, někdy výrazná neschopnost udržet osobně významný partnerský vztah; u pedofilů je typické naopak zamilování se do dítěte).

Weiss (2002) vyvinul několika stupňový model určení sexuální preference na základě vybraných indikátorů se stoupající mírou diagnostické spolehlivosti a významnosti (od nejméně spolehlivé až k nejspolehlivější):

1. Stanovení diagnózy z pozorovatelného chování (většina mužů s parafilii má alespoň v určitém období života i obvyklé sexuální styky s většinovými objekty, mnozí z nich navíc své deviantní preference v praxi nikdy nerealizují).
2. Informace o obsahu masturbačních fantazií (tyto fantazie však mohou být úmyslně nebo nevědomě vytěsňeny, potlačeny nebo měněny či nahrazovány fantaziemi sice nepreferovanými, ale společensky přijatelnějšími; důvodem může být subjektivní nepříjemnost nebo vyhnutí se trestu při soudním řízení).
3. Obsahy erotických snů (jsou méně ovlivnitelné vědomou kontrolou, ale i přesto je částečně snížována snovou cenzurou).
4. Citové preference, tedy informace o tom, do koho se muž zamilovává.

Psychodiagnostické vyšetření se samozřejmě nezaměřuje jen na sexualitu delikventů. Marshall (2009) považuje za důležité získat informace i o dalších oblastech: o jejich sociální adaptaci (vztahové a interpersonální charakteristiky delikventa, dosažené vzdělání, profesní adaptace a nesexuální kriminalita), životní historii (vztah k rodičům, zneužívání či deprivace v dětství, psychická traumata, sebevražedné pokusy a duševní onemocnění), kognitivních charakteristikách (celková úroveň intelektových schopností, míra kognitivní distorze, psychické obranné mechanismy, postoje k ženám a dětem nebo k protispoločenskému jednání obecně), o jejich osobnostních rysech, o somatickém zdraví a faktorech týkajících se možné recidivy. Důležitým faktorem v dynamice trestného činu je také zjištění abúzu alkoholu a jiných psychoaktivních látek, které vedou k dezinhibici sexuálních deviantních potřeb.

Výzkumy ukazují, že až polovina sexuálních deliktů je spáchaná pod vlivem alkoholu (Weiss, 2002). Ze subjektivních faktorů, které predikují prognózu recidivy sexuálního deviantního chování, je pravděpodobně nejdůležitější určit schopnost delikventa identifikovat rizikové situace a jeho schopnost adekvátně se s těmito situacemi vyrovnávat.

1.4.2. Psychofyziologické metody

Nejvýznamnější psychofyziologickou metodou aplikovanou v sexuologické diagnostice je falopletysmografie. Její princip spočívá v přístrojové registraci objemových změn penisu, nebo změn prokrvení vulvy, jako reakce při prezentaci vizuálních nebo auditivních sexuálních podnětů různého charakteru (Kolářský, 1995). Srovnání reakcí jedince na deviantní a nedevariantní podněty poskytuje údaje o jeho sexuálních preferencích i eventuálních zábranách. Vznik falopletysmografie jako diagnostické metody v oblasti sexuálních deviací je spojen se jménem českého psychiatra a sexuologa Kurta Freunda. U nás se dále výzkumem této metody nejvíce zabýval Kolářský a Trojan. V světě to byly výzkumy především Lalumiéra a Harrise (1998).

V rámci falopletysmografie, nebo jako samostatné vyšetření, lze použít měření kožně galvanického odporu. K dalším psychofyziologickým metodám se řadí záznamy pohybu očí, měření vizuálního reakčního času, měření rozšiřování očních pupil, měření elektrických mozkových potenciálů nebo kardiovaskulárních a dechových změn při prezentaci vizuálních sexuálních podnětů (Weiss, 2002).

Pro diagnostiku parafilie je také důležité tělesné vyšetření, při kterém se zjišťují nejen případné vývojové poruchy genitálu, ale také laboratorní vyšetření hladin hormonů (Zvěřina, 1994) pro určení vhodnosti farmakoterapie. Tělesné vyšetření je důležité také pro vyloučení možnosti závažného somatického onemocnění (epilepsie, organické mozkové poškození apod.), které by mohlo u daného jedince způsobovat deviantní chování.

1.4.3. Psychodiagnostické metody

Neexistuje žádná psychodiagnostická metoda, která by speciálně zjišťovala přítomnost sexuální deviace. Jak upozorňují Laws a O'Donohue (1997) dodnes nám chybí psychometrické nástroje k měření i takových základních klíčových sexuálních fenoménů jako jsou např. sexuální fantazie.

Bylo provedeno mnoho výzkumů, které se snažily najít společné znaky u parafiliků nebo mezi nimi podle typu deviace, ale výsledky výzkumů se nakonec týkají spíše důsledků než specifických projevů odlišného sexuálního vývoje. Psychologická vyšetření bývají zejména

orientována na popis odlišností v jejich psychických charakteristikách ve srovnání s populační normou. Sexuální deviace je celoživotní záležitostí, podstatně ovlivňuje vývoj osobnosti parafilika i jeho vztahy k sociálnímu okolí. Sekundárně tak může způsobovat adaptační problémy, které pak v psychopatologickém obraze mohou dominovat.

Byly učiněny i pokusy vytvořit a standardizovat na deviantní populaci specifické psychodiagnostické metody, ale nikdy nedošlo k jejich širšímu uplatnění. Dosavadní pokusy věnované určení psychometrických charakteristik sexuálních deviantů nebo delikventů podporují domněnku, že na základě psychodiagnostického vyšetření nelze identifikovat sexuální anomálii ani určit typický profil skupiny pachatelů sexuálních deliktů.

Weiss (2002) na podkladě své klinické zkušenosti uvádí, že ve výsledcích některých běžně používaných psychodiagnostických metod aplikovaných u parafiliků lze najít určité specifické znaky, které signalizují možnou přítomnost sexuální anomálie. Zároveň upozorňuje, že vyslovit závěr o přítomnosti sexuální deviace pouze z přítomnosti těchto specifických znaků lze jen s největší opatrností. Jako příklad metody, ve kterých nachází u sexuálních deviantů specifické znaky, uvádí Rorschachův test a Kresbu lidské postavy. Na rozdíl od Rorschachova testu, který je standardizovanou metodou s velmi důkladně propracovaným systémem administrace a vyhodnocování, Kresba lidské postavy takovou metodou není.

Psychodiagnostické metody lze tedy použít ke zjišťování inteligence, osobnostních rysů, motivačních vlastností, úzkostné a depresivní symptomatiky, ale ne k určení sexuální deviace.

V oblasti sexuologie se při psychologické diagnostice používají z dotazníkových metod běžně rozšířené osobnostní dotazníky, především MMPI, Cattellův 16 PF nebo Eysencův osobnostní dotazník. Existují i pokusy o vytvoření speciálních sexuologických dotazníků, které zjišťují deviantní i nedevariantní tendence. Jedním z takovýchto dotazníků je například dotazník Clarke SHQ (Clarke Sexual History Questionnaire for Males – Dotazník sexuální historie pro muže) vytvořený Paitichem a jeho spolupracovníky (Paitich a spol., 1977). Autoři na základě provedeného výzkumu konstatují, že i když je vždy při administraci dotazníku pravděpodobné, že referované a reálné chování se plně nekryje, lze přesto tento dotazník použít na zjištění celkové úrovně parafilní aktivity. Krueger a Kaplanová (Kaplan a Kreuger, 1997) ho doporučují využít v kontextu s klinickou explorací na zjištění případných rozporů mezi verbálně a písemně podanou anamnézou.

Jinou dotazníkovou metodou, která se používá především k měření pokroků v psychoterapii sexuálních delikventů je MSI (Multiphasic Sex Inventory autorů Nicholse a Molindera (Saleh a spol., 2009). Problematiku sexuálních agresivních fantazií i sexuálního agresivního chování zkoumá dotazník Multidimensional Assessment of Sex and Aggression autorů Knighta a spol. (Saleh a spol., 2009). Sklon k sexuálnímu agresivnímu chování lze také zjišťovat pomocí škály s názvem Attraction to Sexual Aggression Scale, kterou vytvořil Malamuth (Weiss, 2002). Škála Screening Scale for Pedophilic Interests autorů Seta a Lalumiéra byla vytvořena v roce 2000 a dosavadní výzkumy naznačují její kvalitní psychometrické vlastnosti (Weiss, 2002).

Laws a O' Donohue (1997) podávají výčet škál, které se používají ve výzkumu i v klinické praxi ke zkoumání charakteristik pachatelů sexuální agrese. Kromě již zmiňovaných škál hodnotících sexuální chování, uvádějí autoři škály k měření míry popření, empatie, intimity, zlosti, ke zjišťování kognitivních procesů a k diagnostice osobnostních rysů. Ke zjišťování osobnostních rysů a ke zjišťování míry popírání doporučují autoři použít MMPI. Popírání se odráží v tendenci k sociální přijatelnosti, a tu lze odečíst z validizačních škál MMPI. Škála Rape Myth Acceptance Scale (RMAS) od Burtona z roku 1980 byla vyvinuta ke zjišťování postojů a přesvědčení týkajících se např. interpersonálního násilí, které mohou podporovat vznik sexuální agrese. Rape Empathy Scale, sestavený Dietzem roku 1982, a Interpersonal Reactivity Index, vytvořený Davisem roku 1983, jsou škály zaměřené na hodnocení míry empatie mužů, kteří se dopustili sexuálně agresivního chování.

Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R), sestavený Harem v roce 1980 (Saleh a spol., 2009) byl vyvinut ke zjišťování disociální poruchy osobnosti zejména v populaci pachatelů trestných činů. Podle některých autorů, např. (Quinsey a spol., 1995) (Seto a Barbaree, 1999) skórují pachatelé znásilnění v PCL-R výše, než pachatelé trestných činů spáchaných na dětech.

Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG) (Quinsey a spol., 1995) byl vyvinut k predikci recidivy násilí u pachatelů sexuálních útoků. Tímto nástrojem lze získat odhad pravděpodobnosti, se kterou se posuzovaný jedinec dopustí během následujících 10 let recidivy násilného útoku.

Dalšími v zahraničí velmi používanými dotazníky sloužícími k zhodnocení rizika recidivy je například dotazník Static-99 (Hanson a Thornton, 1999), Violence Risk Appraisal Guide

(VRAG) autorů M.E. Ricové a G.T. Harrise z roku 1997 (Saleh a spol., 2009) nebo Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR) od Hansona and Harrise (Saleh a spol., 2009).

Žádný z výše popsaných speciálních dotazníků ale nebyl dosud přeložen do českého jazyka a nebyl standardizován na českou populaci.

2. Léčba

Existuje mezinárodní organizace - International Association for the Treatment of Sexual Offenders (**IATSO**¹) – která se snaží standardizovat léčbu sexuálních deviantů/delikventů. V oblasti biologické terapie a psychoterapie doporučuje řadu možných léčebných postupů a terapeut si z nich má volit ty nejadekvátnější. Zvolený léčebný plán může třeba zahrnovat podávání psychofarmak snižujících sexuální aktivitu a naléhavost sexuálních motivů. Na rozdíl od české sexuologické školy IATSO nijak výrazně nerozlišuje parafilní a neparafilní sexuální delikventy. „Sex offender“ jako by byl vždy předmětem sexuální terapie, zejména komplexní psychoterapie. Ignorují nebo nepovažují deviaci za významnou v etiologii trestného činu. Někteří autoři jsou k výsledkům terapie velmi skeptičtí, připouští se však, že léčba, zejména intenzivní psychoterapie, může do jisté míry zmenšit riziko specifické recidivy.

V zahraničí je léčba vykonávána především ve vězeňských nemocnicích či na forenzních odděleních psychiatrických léčeben (ústavní léčba), nebo ambulantně v rámci státních či komunitních programů, kde jsou léčeni spolu s běžnými psychiatrickými pacienty, zejména pak s alkoholiky, s drogově závislými a s asociálními psychopaty. Takové složení pacientů moc neumožňuje specializovanou terapii, zaměřenou na pacientovy nedostatky v sexuální motivaci. V oblasti terapie sexuálních delikventů existuje v zahraničí mnoho odborné literatury, ovšem jak Weiss (2002) uvádí, nelze jednoznačně určit, co vlastně je dle (především mimoevropských) autorů předmětem léčby, a to zvláště v případě terapie nedevariantních pachatelů sexuálních deliktů. Jsou to poruchy osobnosti, sociální maladaptace, mentální retardace nebo alkoholismus?

Kliničtěji orientovanou mezinárodní institucí je World Federation of Societies of Biological Psychiatry (**WFSBP**²). Její stanovisko k biologickému léčení parafileí je výrazně bližší u nás přijímanému medicínskému pojetí. Podle jejich doporučení má být přípustnost hormonální

¹ <http://www.iatso.org/>

² <http://www.wfsbp.org/>

útlumové terapie indikována přítomností parafílie, nebezpečností pro sebe anebo ostatní, nemožností méně invazivní léčby a kvalifikovaným souhlasem. Nezbytností je vypracování léčebného plánu a revize jeho dodržování. Za minimální dobu léčby je u závažných případů označováno 3–5 let. Autoři WFSBP uzavírají, že do 5 let recidivuje 13 % sexuálních delikventů. V dlouhodobém průběhu pak sexuální delikventi recidivují rovnoměrně bez rozdílu, o který typ sexuálního deliktu jde. Jedná se o chronické stavy a žádná léčba nedokáže měnit sexuální orientaci.

Největším rozdílem ve srovnání s vyspělými zeměmi je absence státem dotovaného a jasně formulovaného programu terapie a prevence sexuálních deliktů obecně, tedy nejen těch parafilně motivovaných, kterým se věnují sexuologové. Zřejmé však je, že způsob práce se sexuálními delikventy v České republice nijak nezaostává za mezinárodními standardy pacientů.

Kontroverzní zajímavostí je také zavedení povinné registrace pachatelů sexuálních zločinů propuštěných z vězení v roce 1990 ve státě Washington v USA. Tato databáze byla veřejně zpřístupněna a v roce 1994 byla federálně uzákoněna povinná registrace a zveřejnění sexuálních zločinců po celých Spojených Státech³.

2.1. Léčba v ČR

U nás probíhá léčba sexuálních deviantů buď formou ústavní nebo ambulantní, a to jednak na specializovaných odděleních v psychiatrických léčebnách nebo ve věznici na specializovaném oddělení (jediná věznice se specializovanou léčbou je v Kuřimi, kde je možné vykonávat ústavní léčbu během výkonu trestu) nebo v psychiatrických a sexuologických ambulancích.

Součástí tohoto systému je také ústav zabezpečovací detence. Tento ústav, jenž je zatím jenom v Brně, je zařízením, jehož prvotním úkolem je zajišťovat bezpečnost společnosti před těmito osobami. Jde o ústav se zvláštní ostrahou, i když zde nějakým omezeným způsobem probíhají léčebné, psychologické, vzdělávací, rehabilitační a další činnostní programy. Rozdíl je ale v tom, že zde neprobíhá sexuologická léčba jako taková, takže pacient odtud nemůže odejít po úspěšném absolvování jako na běžných odděleních, kde je vykonávána nařízená ochranná sexuologická léčba. „Léčba“ sexuálních deviantů umístěných v zabezpečovací detenci je velmi komplikovaná i z toho důvodu, že jde o pacienty, kteří mají navíc i další

³ <http://www.familywatchdog.us/>

psychiatrické diagnózy, ať už lehkou mentální retardací, nebo těžké poruchy osobnosti. Tito chovanci jsou velmi málo motivovaní k vlastní léčbě a většinou v minulosti neúspěšně absolvovali ústavní ochranné sexuologické léčení.

Ve specializovaném oddělení Věznice Heřmanice také probíhá od roku 2006 dlouhodobý reedukační psychologický program **GREPP**. Program zaměřený na pachatele sexuální trestné činnosti na dětech je založen na terapeutickém zacházení v rámci komunitního systému v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody. Podpůrnými technikami jsou relaxace, abreaktivní tělovýchova, arteterapie, muzikoterapie, individuální pohovory s psychologem a terapeutu a komunitní sezení. Velkou část programu tvoří také vzdělávací část. Do programu jsou zařazováni zejména delikventní pachatelé, ale prošli jím i odsouzení s nařízenou sexuologickou a protialkoholní a protitoxikologickou léčbou. Sami absolventi programu hovoří o kladném působení (81 % tvrdí, že je program pozitivně ovlivnil). Z celkových 81 absolventů programu bylo propuštěno 31 odsouzených. Z tohoto počtu se jen jeden odsouzený vrátil do výkonu trestu.

2.1.1. Ústavní ochranná sexuologická léčba

Ústavní léčba zahrnuje působení biologické, psychoterapeutické a socioterapeuticky-režimové. Sexuologická ústavní ochranná léčba je komplexním léčením pachatelů sexuálních deliktů, u kterých je diagnostikována parafilie a je jim soudem nařízeno ochranné léčení. Jen velmi málo deviantních pacientů nastoupí dobrovolně na ústavní léčení. Naopak do ambulantní péče se častěji dostanou i dobrovolní pacienti, kteří zatím nespáchali žádný sexuální delikt, ale jsou v nějakém diskomfortu se svou deviací.

Český model ochranné léčby je právě charakterizován tím, že terapie je vykonávána na samostatných sexuologických pracovištích ústavních a částečně i ambulantních. Dohromady jsou spolu léčeni jen sexuologičtí pacienti. Před vznikem sexuologické léčby byli tito pacienti na různých odděleních v psychiatrických léčebnách, kde byli dohromady na jedné skupině i s pacienty například depresivními, psychotickými nebo neurotickými. To, že jsou nyní léčeni společně jen pacienti s parafiliemi, pomáhá vytvořit atmosféru vzájemné důvěry a odstranit pacientovy pocity ohrožení a nedůvěry. Umožňuje to také vzájemnou konfrontaci postojů a pocitů s lidmi podobně konfliktními, což usnadňuje vyvracení nefunkčních obran. Samostatná sexuologická oddělení vznikala při větších psychiatrických léčebnách již od sedmdesátých let.

Mezi další důležité předpoklady terapie počítáme také celkový integrující kontext, tedy komplexnost terapeutického působení. V tomto smyslu je český model léčby eklektický, v

pragmatickém smyslu slova. Je tedy charakterizován využitím všech dostupných terapeutických prostředků, částečně i individualizovaných pro daného pacienta, v zájmu nalezení řešení co nejpříjemnějšího pro něho i pro jeho okolí (Weiss, 2002).

Posledním základním východiskem sexuologické léčby je adekvátní sexuologická diagnostika, která napomáhá při specifikaci pacientovy poruchy sexuální motivace. Adekvátní sexodiagnostika plní hned několik důležitých úkolů ochranné léčby. Jak například upozorňují Kolářský a Břichcín (2000), v ústavní ochranné sexuologické léčbě je asi 13 % extrémně nebezpečných pacientů, které je třeba bez odkladu najít a vyčlenit je z obvyklých kritérií pro „adaptaci“. Detekce těchto extrémně nebezpečných deviantů by měla být dle autorů prvořadým úkolem sexuologických oddělení léčeben, protože jedna vražda převáží význam řady méně nebezpečných sexuálních deliktů.

Správné stanovení sexuologické diagnózy může dále přispět i k vlastnímu sebepoznání pacienta. Může mu pomoci jednak vysvětlit psychické a situační mechanismy, které vedly až ke konkrétnímu trestnému činu, ale také mu pomoci identifikovat budoucí rizikové stavy a situace (tzv. „spouštěče“ deviantního programu), které by mohly přispět k recidivě. Pomáhá mu překonávat jeho pokřivený, falešný sebeobraz, obraz psychické a morální nedostatečnosti (Kolářský a Břichcín, 2000).

Opakovaná falometrická vyšetření mohou sloužit i jako biofeedback poskytující pacientovi informace o jeho aktuální vzrušivosti na sexuální podněty deviantního i nedevariantního charakteru a umožňující tím následně i ovlivňování tohoto vzrušení.

Východiska a ideologie léčby lze také charakterizovat následujícími kognitivními předpoklady (Kožnar a spol., 2010):

- Sexuální orientace a preference není věcí volby jedince (tudíž ani otázkou viny).
- Determinace sexuality je biologická, s existujícím sexuálně motivačním systémem.
- Uznání konceptu sexuálního motivačního systému a konceptu osobnosti jako dvou entit, které vzájemně silně interagují, ale existují vedle sebe.
- Parafilie tudíž není vadou charakteru a pokud má sexuální delikvent parafilii i poruchu osobnosti a charakterových rysů, jde o komorbiditu.
- Podobně parafilie nesouvisí s morální úrovní pacienta, zatímco delikt ano.

- Ne každý pedofil je delikventem a ne každý sexuální delikt vůči dítěti (pedosexuální) je spáchán pedofilem.
- Sexuální chování není totéž co struktura sexuality (daná sexuálním motivačním systémem). Odlišujeme vnitřní svět člověka (prožívání, fantazie, emoce, myšlenky, motivy apod.) a jeho chování.
- Hranice mezi chováním a vnitřním světem má být pevná, reflektovaná a cílevědomá. Budování a zpevňování této hranice je podstatnou součástí psychoterapeutického působení a její pevné vytvoření je obvykle jedním z pilířů úspěšné psychoterapie, kdy pacient nerecidivuje.
- V sexuologické léčbě je obzvláště důležitá hranice mezi sexuálním chováním a fantaziemi. Delikventní může být jenom chování.
- Základním cílem léčení je zabránit opakování delikventního sexuálního chování se zřetelem k zachování kvality života pacientů. Není možné měnit sexuální preferenci člověka, parafilie je celoživotní a trvalou charakteristikou individua.

Cíle

Všechny terapeutické aktivity u sexuálních delikventů jsou zaměřeny na léčbu následků distresu spojeného s přítomností deviace a na jejich resocializaci a readjustaci. Cílem ochranného léčení je také ochrana společnosti před opakováním delikventního chování lidí s duševní poruchou. Léčebné programy zahrnují psychoterapeutická a sociální opatření, která by měla delikventům umožnit návrat do společnosti (Zimanová a Hubálek, 1986). Cílem psychoterapeutické části léčby a resocializace je především úprava chování jedince, edukace, dosažení náhledu, posílení vědomé kontroly chování, změna jeho postojů, dosažení sexuální adaptace a celková sociální reintegrace.

Jednotlivé cíle léčby lze spatřovat v následujících bodech (Weiss, 2010):

- v úpravě/**adaptaci sociálního chování** pacientů pomocí komunitního systému oddělení, založeného na důsledném dodržování režimu oddělení s pevným řádem a přehledným behaviorálním systémem odměn a trestů,
- v poskytování **informací** (racionální psychoterapii), kde pacienti získávají adekvátní informace o normální a deviantní sexualitě; jedná se vlastně o nápravu kognitivní distorze,
- v dosažení **náhledu**,

- v posílení **vědomé kontroly** chování a převzetí odpovědnosti za své chování, díky kterým pak bude schopen rozpoznat rizikové faktory jeho deviantního chování a v budoucnu se daným situacím vědomě vyhýbat,
- ve **změně** negativních nebo ambivalentních **postojů** pacientů, a to jednak k samotné léčbě, jelikož jsou to pacienti většinou nedobrovolní, kteří dostali léčbu nařízenou soudem a z větší části přichází z výkonu trestu, ale také k ženám a dětem apod.,
- v dosažení jejich **sexuální adaptace** (postupné hledání a nacházení způsobů, jak alespoň zčásti uspokojovat deviantní sexuální touhu bez páchání trestných činů; v praxi to znamená dotvářet neúplné sexuálně provokující podněty s pomocí vlastní fantazie),
- v jejich celkové **sociální reintegraci** (zlepšení vztahů v rodině, v partnerském vztahu, v zaměstnání, ubytování apod.).

Cílem **biologické léčby** je potlačení sexuální apetence parafilika. U nás je v současné době nejvíce využívána farmakoterapie s použitím antiandrogenů, gestagenů, estrogenů nebo psychofarmak. Využívána je také chirurgická kastrace. Biologická léčba není léčbou kauzální, protože nemůže změnit sexuální preferenci jedince, ale zklidňuje a utlumuje sexuální pud a tím usnadňuje racionální kontrolu sexuálního chování a snižuje pravděpodobnost opakování sexuálně deviantního chování (Weiss, 2010).

Psychoterapie

Psychoterapeutické působení zahrnuje poradenství, individuální i skupinovou psychoterapii, socioterapeutické aktivity, sexuální nácvik nebo práci s párem či s rodinou. Prostředkem k dosažení terapeutických cílů je při individuální psychoterapii především terapeutický vztah mezi pacientem a terapeutem. V případě psychoterapie skupinové se k tomuto účelu využívá především skupinová dynamika (vztahy a interakce mezi jejími členy). Z praxe se osvědčuje skupinová terapie jako efektivnější a zároveň nedává tolik prostoru k manipulaci ze strany pacientů.

Psychoterapeutický přístup zahrnuje také podpůrné a na vhléd orientované metody. Weiss (2010) považuje za základní psychoterapeutické postupy v léčbě sexuálních delikventů kognitivně behaviorální, dynamicky a psychoanalyticky orientované postupy. Rozdíl v praktickém přístupu psychoterapeutů k sexuálním deviantům je podle něj dán teoretickými nejasnostmi týkajícími se etiologie sexuálních deviací.

Jako pomocné psychoterapeutické techniky je možné využít různé postupy. Například behaviorální (režimová léčba), racionální (především odborné přednášky a individuální studium, edukační skupiny), arteterapii, muzikoterapii a biblioterapii. Doporučují se také tělovýchovné a ergoterapeutické aktivity, trénink asertivity a kulturní programy. Takovým komplexním přístupem lze pomoci pacientovi zlepšit jeho sociální kompetenci, zvýšit sebevědomí a naučit jej adekvátnějším formám sociálního sebeprosazení.

Další samostatné terapeutické postupy se soustřeďují na prevenci recidivy a trénink empatie. V rámci **prevence recidivy** se pacient zabývá svými delikty a také jejich okolnostmi, vytváří si seznam možných situací a varovných signálů, jež by mohla představovat nebezpečí relapsu. Na závěr si také stanoví mechanismy sebekontroly. V rámci **tréninku empatie** je cílem naučit se rozeznávat odlišné pocity druhého člověka a uvědomit si, že v jakémkoli vztahu dvou lidí existují také dva pohledy, včetně vnímání a prožívání. Abychom mohli všichni žít společně, je potřeba brát také ohledy na ostatní lidi kolem nás. Tréninkem empatie se zabýval například Maletzky (1997), který hovoří o pěti krocích v rámci tohoto tréninku: identifikace oběti – identifikace aktu – identifikace poškození – obrácení rolí – rozvoj empatie. Marshall (2006) shrnuje tento postup do následujících čtyř kroků:

1. rozpoznání pocitů druhého
2. přijetí pohledu druhého
3. prožití jeho pocitů
4. aktivita ke snížení vlastního napětí

Nejosvědčenější a také nejčastější přístup v léčbě sexuálních delikventů je kognitivně behaviorální přístup zahrnující nápravu kognitivní distorze, která se u většiny sexuálních deviantů vytváří různými obrannými mechanismy, dále zahrnují trénink empatie, intimity, sebevědomí a především program prevence recidivy. Nezbytnou a důležitou součástí psychoterapie sexuálních delikventů je překonávání jejich odporu, protože naprostá většina delikventů je léčena nedobrovolně (Weiss, 2010).

Ačkoli psychodynamický přístup v léčbě sexuálních deviantů není příliš oblíben, může být velmi nápomocen při vytváření náhledu a rozpoznání vlastní deviantní sexuální motivace se všemi individuálními zvláštnostmi, jako například porozumění příčinám a motivům chování a podávání korektivní zpětné vazby. Tento přístup vyžaduje totiž nejen motivaci pacienta ke spolupráci, ale i schopnost navázat se na určité minimum přenosové pohotovosti, což je u

sexuálních deviantů někdy velmi obtížné. Proto je klasický distancovaný postoj vystřídán postojem suportivním a ego posilujícím, rozhovor je zaměřený na aktuální konflikty a na jejich kořeny v minulosti (Weiss, 2010).

Dříve byla léčba založena zejména na behaviorální terapii, která se orientovala na změny vzorců chování. Z hlediska efektivity léčby behaviorálními metodami, jako averzivní terapie, skrytá senzitivace, systematická desenzibilizace nebo terapie studem, se časem z mnoha výzkumů ukazuje, že ačkoli k nějakému snížení rizika recidivity dochází, je to stále zanedbatelný rozdíl (Muse a Frigola, 2003). Tyto techniky se někdy používají v kombinaci s jinými technikami, například při úzkostech. Marshall a spol. (Marshall a spol., 2006) uvádí recidivu po behaviorální léčbě kolem 34%, na rozdíl od úspěšnosti kognitivně-behaviorální terapie, kde zrecidivovalo po léčbě kolem 14% (oproti 32% neléčených pacientů). Maletzky (1997) ve své práci uvádí, že 70-80% pacientů po absolvování léčby zaměřené kognitivně-behaviorálně nerecidivovalo.

2.1.2. Léčba v PL Bohnice

V rámci PLB vzniklo v roce 1984 sexuologické diagnostické pracoviště. Samostatné oddělení sexuologické léčby bylo otevřeno na pavilonu č. 7 až v roce 1986, jako třetí zařízení sexuologické léčby u nás. První samostatné sexuologické oddělení vzniklo v PL Horní Beřkovice v roce 1976 a následně v Želivu. Bylo to samostatné sexuologické oddělení s ambulantní částí. V současné době je ochranná léčba sexuologická režimovým oddělením s 20ti lůžky. Sexuologická ambulance je nyní oddělená od pobytové léčby, ale je součástí léčebny.

Letos slaví toto oddělení čtvrtstoletí své existence. Tehdejším impulzem ke zřízení režimového oddělení byla skutečnost, že pacient ochranného léčení zavraždil dvě osoby během víkendové propustky. Probuzený zájem veřejnosti, odborníků a orgánů v trestním řízení vyžadoval odpovědi na některé otázky ze soudní sexuologie. Výsledkem bylo zřízení sexuologického primariátu, jehož úkolem byla vedle zlepšené ochrany obyvatelstva zejména systematická péče o osoby se sexuálními deviacemi.

Více méně všechna sexuologická oddělení v ČR mají v léčbě stejná, nebo velmi podobná, východiska. Liší se jen psychoterapeutickými přístupy. Ale většinou je toto léčení velmi podobné.

Režim oddělení je popsán v řádu, který mají pacienti neustále k dispozici. Zároveň se ho musí pacienti naučit po příchodu na oddělení. Je v něm popsán denní režim a také systém odměn a trestů. Pacienti mají v rámci režimu pravidelné ranní rozcvičky, úklidy svých prostor na pavilonu a také mají povinnost chodit pravidelně každý den do pracovní terapie, kterou vykonávají na statku, v zahradnictví, v útulku pro kočky, které jsou součástí PLB. Někteří pacienti dochází také vypomáhat na některá jiná oddělení.

Součástí terapeutického programu jsou každodenní komunity, arteterapie, asertivita, edukační skupina, relaxace a psychoterapeutické skupiny. Jednou týdně mají vizitu, kde je přítomen celý terapeutický tým.

Na tomto oddělení je poskytována pacientům pouze skupinová psychoterapie. Z dlouhodobé zkušenosti se ukazuje, že skupinová léčba je efektivnější a rychlejší v postupu léčby. Zároveň skupina nedává prostor pro případné manipulace ze strany pacienta, tak jako v individuálním kontaktu, díky vzájemné zpětné vazbě všech pacientů na skupině. Což současně posiluje jejich vyjadřovací schopnosti, sociální citění, vhléd na své chování a možnost srovnání s ostatními pacienty atd.

Skupiny jsou rozděleny na „hodnotící“ a „tématické“. V rámci hodnotící skupiny pacient zhodnotí celý týden. Nejprve zhodnotí významné situace, svou emoční bilanci, zdůrazní nejvýznamnější a ze svého pohledu nejdůležitější momenty. Dále popisuje svoji sexuální aktivitu a sexuální fantazie, rizikové situace, a to pro sexuální selhání, násilné chování, verbální agresi, hostilitu, konzumaci alkoholu a jiných psychoaktivních látek a pasivní agresi. Dále se vyjadřují k tomu, co udělali pro sebe, aby se cítili lépe, a také co udělali pro ostatní; zda byly nějaké významné sociální situace; jak budují sociální jistoty; zda užili nebo mají chuť na alkohol a jak se vypořádávají s psaním deníku. Tyto skupiny mají za cíl naučit se vnímat své pocity a nálady, motivy svého chování, ale také je zde prostor pro skupinovou dynamiku při aktuálních problémech v komunitě nebo mezi pacienty.

Na tématických skupinách si každý musí minimálně projít tato témata: podrobný životopis; detailní sexuální historie; sexuální fantazie, emoce, jejich prožívání v minulosti a současnosti; sexuální selhání, přečiny a delikty, a to zaměřené na dění před deliktem, vlastní delikt, trest a společenská odezva na něj, odhadnutí adaptačního cíle, stanovení terapeutického plánu a očekávání od léčby; dále empatie k oběti (včetně hypotetického dopisu oběti); postoje k léčbě; prožívání a zvládání emocí, sexuálních impulsů a podnětů (racionalita, emocionalita,

sebekontrola, specifikace rizikových faktorů); alkohol a drogy; životní cíle a plány, zájmy; sociální podpora, rodina, partnerství a přátelé; a plán zdravého života.

Většinou se ale daná témata probírají i několikrát, nebo s odstupem času, některá další témata jsou postupně každému pacientovi přidávána podle jejich daného individuálního terapeutického plánu.

3. Recidivita - výsledky terapie

3.1 Možnosti a omezení výzkumů při zjišťování recidivity (úspěšnosti léčby)

Když mluvíme o recidivitě, mluvíme převážně o úspěšnosti léčby. Je to vlastně nejadekvátnější měřítko úspěšnosti terapie po jejím úspěšném absolvování. Na tomto se shodne jak odborná, tak i laická veřejnost. Ve chvíli, kdy ale začneme zkoumat recidivitu, tak narazíme na mnoho komplikací, které snižují spolehlivost získaných dat.

Prvním a velkým problémem je, jak si stanovit samotnou recidivitu. Jako kritérium můžeme zvolit znovuosouzení pachatele za sexuální delikt, ale v tomto případě postihneme jen kriminální recidivitu, tedy tu, o které jistě víme. Jak ale upozorňuje Weiss a Zvěřina (1999) je právě u trestaných činů typu sexuálního zneužívání a znásilnění latentní kriminalita velmi vysoká, proto kriminální recidivita nám neukazuje skutečný výskyt a frekvenci deviantního chování. Barbaree a Seta (1997) zjistili, že pokud se získají informace z jiných než policejních zdrojů, počet recidiv je 2,5x vyšší. Podle Kossové (1992) je dokonce minimálně 4x vyšší.

Další komplikací je, že mnoho sexuálních deliktů je postihováno na základě nesexuálních paragrafů trestního zákona (například znásilnění bylo zahrnuto pod paragrafy omezování osobní svobody či trestný čin vydírání, a to až do novelizace zákona v roce 2001; exhibice je dodnes posuzována jako výtržnictví apod.).

Pokud bychom chtěli získat přesnější a objektivnější údaje o recidivitě, museli bychom vycházet ze zpráv lékaře, a to buď při opětovné hospitalizaci pacienta nebo z ambulantního léčení. Avšak i toto kritérium je velmi ovlivněno jednak úrovní spolupráce mezi zainteresovanými odborníky, ale především ochotou samotných pacientů vypovídat o svých deliktech, která samozřejmě není moc vysoká.

Je velmi důležité, abychom se otázkou efektivity léčby a recidivity zabývali, ale zároveň si musíme uvědomit, že tyto výzkumy jsou méně validní, protože vlastně srovnávají ty pacienty, u nichž byla recidiva odhalena, s těmi, kteří buď skutečně nezrecidivovali, nebo u kterých recidiva zkrátka zatím nebyla odhalena.

Dalším limitem ve výzkumu je doba uplynulá od léčby. Podle Hansona a Thorntona (1999) lze očekávat znovudsouzení za sexuální delikt přibližně u 18% pacientů za 5 let po propuštění, u 22% za 10 let a u 26% za 15 let. Marshall a Barbaree (1990) uvádí, že katamnestické sledování kratší než dva roky je bezcenné. Recidivita výrazně stoupla (na čtvrtinu pacientů) až po čtyřech letech. Dále zde uvádějí, že u neléčených pacientů se recidiva objevuje u 12,5% již do dvou let a po čtyřech letech dokonce u 64,3%. Z tohoto důvodu je vždy nutné sledovat, po jakou dobu byli pacienti v daném výzkumu katamnesticky sledováni.

Jinými limity jsou například etické aspekty, především v nemožnosti vytváření kontrolních srovnávacích skupin neléčených pacientů (z tohoto pohledu můžeme srovnávat pouze pacienty před léčbou a po léčbě, kde kritériem úspěšnosti pak bude snížení počtu recidiv, avšak u prvních deliktů je toto posouzení neadekvátní).

Tomuto omezení se například snaží vyhnout výzkumy, které srovnávají skupiny recidivujících léčených pacientů s recidivitou pachatelů trestných činů obecného charakteru, kteří nejsou nijak léčeni. Tyto studie vycházejí z oficiálních statistik týkajících se kriminality. Výzkumy ukazují, které delikty jsou zastoupené nejvíce a nejméně často při recidivě.

Zde ale nastává omezení jednak tím, že srovnáváme nehomogenní soubory a opět fakt, že odhalené recidivy pachatelů sexuálních trestných činů tvoří jen část skutečného výskytu delikventního chování.

Jiné výzkumy se naopak snaží srovnat úspěšnost jednotlivých druhů terapie, čímž se vyhýbají převážně etickým hlediskům, která omezují možnost zkoumání. Srovnává se zde farmakoterapie s psychoterapií, nebo v rámci psychoterapie se srovnávají různé metody a techniky (individuální versus skupinová, behaviorální versus psychodynamický přístup apod.).

Všechny naše i zahraniční studie týkající se recidivity sexuálních delikventů se potýkají s těmito základními omezeními, ale i přes tato omezení jsou popisována zajímavá zjištění.

3.2 Prediktory recidivity

Výzkumy z oblasti recidivity sexuálních delikventů můžeme nalézt již od 60. let minulého století. Od 80. let se objevuje několik výzkumů, ale „pro tuto populaci nebyly k dispozici žádné empiricky ověřené nástroje pro hodnocení rizik. Pokud bychom si chtěli přechíst zprávu o každém hodnocení sexuální trestné činnosti z brzkých 90. let (nebo dříve), bylo by vidět relativně nestrukturované klinické vyprávění týkající se rizik, svérázné popisování daného hodnotitele“ (Schneider a spol., 2005, s. 49). Tato metoda se nazývá klinické hodnocení rizik. Její výhodou je snadnost, ale má také mnoho nevýhod. Především to, že se nepodařilo dosáhnout shody mezi hodnotiteli, není jasné, co jaké faktory znamenají a především je to nedostatek empirické podpory.

Dle Schneidera a Witta (2005) je první vlna empiricky podložených nástrojů pro hodnocení rizik zaměřena především na statické rizikové faktory – charakteristiky trestných činů (jako například použití síly), anamnéza antisociálního chování (ať sexuálního nebo jiného), věk při prvním přestupku nebo pohlaví oběti. Patří sem například VRAG, RRASOR a Static-99. Po kritice ze zanedbávání dynamických rizikových faktorů, které jsou právě těmi, které lze v průběhu psychoterapie měnit, přišel konsensus s navrženými programy jako prevence relapsu, kognitivně-behaviorální program a komunitní systém léčby, které dali možnost snížení recidivy. Hodnocení dynamických rizikových faktorů je například prostřednictvím hodnocení pokroku v léčbě. Využívají se dotazníky jako třeba SONAR, TPS nebo GAS.

Z jednotlivých zahraničních výzkumů se ukazuje, že existuje několik nejčastějších a nejvýznamnějších prediktorů recidivity.

Jsou to následující:

- Typ **deviace/sexuálního deliktu**, resp. typ oběti či vztahu mezi obětí a pachatelem. Z výzkumu Marshalla a Barbareeho (1990) vyplývá, že nejméně recidivují (v případech sexuálního zneužití) incestuózní heterosexuální delikventi, tedy otec – dcera (4-10%), větší pravděpodobnost je u heterosexuálně pedofilních extrafamiliárních sexuálních zneužití (10-29%) a nejrizikovější je skupina homosexuálně pedofilních zneužití (13-40%). Neléčení sexuální agresori recidivují v 7-35% a nejvíce recidivují neléčení exhibicionisté (41-71%). Tyto výsledky později potvrzují ve svých studiích i Quinsey a spol. (1995). Jiné výzkumy se soustředí na kombinace jiných prediktorů s typem deviace, která je zjišťována a potvrzována falometricky, např. (Rice a spol., 1990); (Grubin, 1999).

- **Předchozí sexuální delikty** a frekvence výskytu delikventních aktivit (Hanson a spol., 1991); (Quinsey a spol., 1995); (Rice a spol., 1990); (Grubin, 1999). Pravděpodobnost recidivy narůstá se zvyšujícím se počtem a frekvencí deliktů. U sexuálních delikventů, zvláště tedy v případě deviantních delikventů, existuje jasná tendence opakovat sexuální delikty stejného druhu.
- **Trestná činnost** jiná než sexuální (př. majetková) (Rice a spol. další, 1991); Grubin, 1999)
- Rice a spol. (1991) zjistili jako důležitý prediktor rodinný stav, a to především zda byl recidivista někdy ženat.
- **Věk** - Frisbie a Dondis (Frisbie a Dondis, 1965) zjistili vyšší recidivu u mladších pacientů .
- Přítomnost **psychiatrické poruchy** - antisociální poruchy osobnosti (Frisbie a Dondis, 1965) v jejich terminologii sociopatie). Z výzkumů Rice a spol. (1991) a Langevina a spol. (1990) vychází jako nejlepší prediktor u agresorů diagnóza psychopatie a u pedofilů je to indikátor poruch osobnosti. Langevin a spol. (1990) popisuje jako významný indikátor také organické mozkové poškození, které má za následek zhoršenou kontrolu impulzů. Dále byla zjištěna i nižší depresivita a slabší psychické obrany.
- Pacienti, kteří si byli **méně vědomi problematičnosti svého chování** (Marshall a spol., 2006)
- Pachatelé se staršími **oběťmi** nebo cizími osobami; Marshall a Barbaree (1989) dospěli k závěru, že u pedofilních delikventů mají vliv i tyto faktory - větší počet obětí, soulož s obětí, nižší IQ a nižší socioekonomický status a celkově závažnější delikty.
- Fyzické či sexuální **zneužívání** v dětství (Grubin, 1999)

Z novějších studií na toto téma lze uvést například práci (Sreenivasan a spol., 2007), kteří zjistili recidivu sexuálně delikventního chování u 31 % ze 137 sexuálních delikventů do 5 let a u 40 % do deseti let po propuštění. K velmi podobnému procentuálnímu rozložení (31% po 46 měsících u agresorů a 31% po průměrně 6,3 ročním sledování u pedofilů) došli i Ricová a spol. (1991) ve svých studiích. Jako nejspolehlivější prediktory se ukázaly přítomnost sexuální deviace a předchozí tresty v anamnéze.

Velmi významnou a často zmiňovanou studií zkoumající prediktory recidivity sexuálních delikventů je Hansonova a Bussiérova (1996) meta-analýza 87 článků z období 1943 až 1995. Výsledky jsou následující:

- Nejsilnější prediktory souvisely s falometricky zjištěnou **deviací**. Ještě významnější byla u falometricky prokázané pedofilie.
- Dalším velmi důležitým faktorem byla **sexuální kriminální činnost**, tedy přítomnost sexuálních deliktů.
- **Časný nástup** sexuálně delikventních aktivit (v negativní korelaci).
- **Typ oběti** – oběť mužského pohlaví a extrafamiliární nebo cizí osoba.
- Jako další významný prediktor se ukázala nepřítomnost **manželství** v anamnéze. Tyto demografické faktory jsou společné obecně i pro recidivu nesexuálních delikventů.
- Významná je také předchozí **nesexuální kriminální činnost**.
- Statisticky významným je také skóre **psychopatie** v MMPI, případně přímo diagnostikovaná antisociální porucha osobnosti.
- Posledním významným faktorem je **neschopnost dokončit léčbu** v klinickém obraze.

Hanson s Bussiérem (1996) v této studii také popisují prediktor, které se překvapivě ukázaly jako nevýznamné. Jsou jimi:

- Sexuální zneužití v dětství
- Délka léčby
- Motivace k léčbě
- Popření činu
- Deprese
- Obecné psychické problémy jako úzkostnost, nedostatek sebevědomí
- Sociální dovednosti
- Zneužívání alkoholu či drog

Součástí studie bylo i zkoumání faktorů, které predikují nesexuální kriminalitu sexuálních delikventů. Těmito prediktory jsou například mladiství věk, nepřítomnost partnerského vztahu nebo antisociální projevy v anamnéze.

V rozsáhlém výzkumu Kingstona a spol. (2010) se jako spolehlivý prediktor možné recidivy prokázalo falometricky potvrzené vzrušení na agresivní podněty. Tito autoři zkoumali recidivu u 586 sexuálních delikventů po 20 leté katamněze. Zjistili, že zatímco psychiatrická diagnóza sadismu na základě DSM IV nijak nepředpovídala recidivu sexuálně delikventního chování, zatímco falometrické vyšetření predikovalo opakování násilných (i sexuálně agresivních) trestných činů (násilně zrecidivovalo v uvedeném období 28 % souboru).

3.3 Domácí výzkumy recidivity

Již na počátku 60. let vypracoval Nedoma koncepci tzv. adaptační léčby sexuálních deviantů. Tento model již tehdy vycházel z komplexního modelu, který zahrnoval psychoterapii, farmakoterapii a socioterapii. Ale až do 70. let 20. století se péče o sexuální delikventy omezovala pouze na hormonální léčbě. V té době recidivita přesahovala 50% (Weiss, 2010). Tyto negativní zkušenosti vedly k vytvoření koncepce specializované léčby, která navazovala na původní Nedomův koncept. Českým specifikem léčby sexuálních deviantů je jednak legislativní ukotvenost v institutu ochranné sexuologické léčby, dále skutečnost, že je léčba téměř ve všech případech nařizována soudem na základě sexuologické diagnózy parafílie a spáchání sexuálního deliktu, a posledním specifikem je návaznost ambulantní léčby na ústavní léčbu, což není samozřejmostí ani v USA, ani v západoevropských zemích.

Specializovaná sexuologická léčba je tedy poskytována od roku 1976. První zařízením bylo otevřeno v psychiatrické léčebně Horní Beřkovice. Již od počátku je léčba režimová, s bodovým hodnocením chování pacientů, systémem odměn a trestů. Behaviorální model zaměřený na změnu chování byl doplněn o dynamickou skupinovou psychoterapii, která přispívala k náhledu na deviace a zároveň udržovala motivaci ke změně. Následně byl tento model přenesen i do dalších psychiatrických léčeben - PL Praha Bohnice (1986), PL Kosmonosy (1989), PL Havlíčkův Brod (1998), PL Brno Černovice (1999). Od roku 1998 existuje i specializované léčebné oddělení pro sexuální devianty ve věznici Kuřim.

Z našich autorů se predikčními faktory recidivity zabývali například Zvěřina a Mellan (1984). Na základě rozboru charakteristik úspěšně a neúspěšně léčených pacientů ambulantní léčby zjišťují jako příznivé z hlediska prognózy věk nad 30 let, fungující partnerský vztah, pravidelné pohlavní styky, první sexuální delikt v dosavadním životě, jiný než pedofilní objekt deviantních aktivit, nepřítomnost mentálního defektu a nepřítomnost abusu alkoholu.

U 137 pacientů ústavní sexuologické léčby pak Zimanová a spol. (1987) zjišťují podobné faktory: z hlediska recidivity je příznivým kritériem věk nad 30 let a první sexuální delikt, resp. nepřítomnost opakovaných výkonů trestů za sexuální delikt v anamnéze. Jako další příznivý faktor zjišťují typ sexuálně delikventního chování (sexuální deviace) – recidivují více pacienti, kteří trpí sexuální deviací v aktivitě. V jejich souboru za sledované období tří let od ukončení léčby zrecidivovalo 46,7 % patologických sexuálních agresorů a 35,3 % exhibicionistů, ale pouze 14,3 % heterosexuálních pedofilů. U recidivujících delikventů navíc autoři zjišťují dřívější nástup sexuálně deviantních aktivit, většinou do 20. roku věku. Jako neúčinné z hlediska predikce recidivity se v tomto srovnání ukázaly faktory vzdělání, stupně profesní kvalifikace, psychiatrické heredity a defektuozity rodinné výchovy.

Existence trvalého partnerského vztahu se ve výzkumu Weisse a spol. (1987) ukázala jako rozhodující pro délku doby uplynulé od ukončení léčby po recidivu u těch pacientů ústavní léčby, kteří zrecidivovali (tento faktor však podstatně neovlivnil samotný výskyt recidivy). U těch, u nichž partnerský vztah existoval, došlo k recidivě v průměru za 27,5 měsíce, zatímco u pacientů bez vztahu v průměru za pouhých 9,3 měsíců. Statisticky významně dříve recidivovali i pacienti starší (korelace mezi věkem pacienta a dobou uplynulou od propuštění z léčby k recidivě sexuálně delikventního chování byla $r = -0,424$) a pacienti profesionálně maladaptovaní (fluktuanti, absentéři).

V dalším výzkumu Weiss (1989) srovnával recidivující a nerecidivující ústavně léčené sexuální delikventy (přičemž skupiny byly vyrovnané podle kritérií věku a dle typu deviace) pomocí rozdílů jejich výsledků ve standardních psychodiagnostických metodách (MMPI, DOPEN, Raven, Hand test a Learyho ICL). Téměř ve všech sledovaných ukazatelích se projeví tendence znevýhodňující recidivující pacienty. Autor v této skupině zjišťuje vyšší agresivitu, vyšší skóre psychotismu i neuroticismu, nižší extraverci, vyšší sociální hostilitu, vyšší úzkostnost, v MMPI vyšší skóre ve všech klinických škálách. Podle ICL považují své matky za méně laskavé, otce za výrazně hostilnější. Celkově z výsledků vyplynulo, že nejvíce se při predikci recidivy osvědčil dotazník MMPI a Ravenův test progresivních matic, které nejspolehlivěji diferencovaly mezi skupinami recidivujících a nerecidivujících pacientů. Jako rizikovější se podle výsledků výzkumu jeví jedinci s nedostatečnou obranou proti psychické slabosti, ti, kteří chtějí vědomě nebo nevědomě působit horším dojmem, zdůrazňují somatické potíže, osobnosti psychastenické či neurastenické, schizoidní, uzavřené a sociálně méně adaptabilní, s menší potřebou interpersonálních vztahů. Vyšší inteligence představuje v této souvislosti prognosticky příznivý faktor.

Podle Brichteina (2010) se u nás k upřesnění klinické prognózy užívá zejména švýcarský Dittmannův katalog. Ve světě slouží témuž účelu statisticky generované instrumenty: kanadský Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) nebo k měření psychopatických rysů osobnosti vyvinuté Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) či Psychopathy Checklist: Screening Version (PC:SV). Ke zjišťování rizika nových násilných a sexuálních deliktů lze užít nástrojů Level of Service Inventory-Revised (LSI-R), Static-99 nebo Forensische Operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluations-System (FORTRES) i další.

Riziko recidivy zjišťuje i u nás nepřeložený Sex Offender Risk Appraisal Guide SORAG (Craissati, 2004). Dotazník SONAR (Sex Offender Need Assessment Rating) autorů Karla Hansona a Andrea Harrise (2001) pak kombinuje kognitivní teorii s předchozími výsledky studií zabývajících se dynamikou recidivy. V rámci této dynamiky je identifikováno pět stálých faktorů: a) deficit intimity, b) negativní sociální vlivy, c) postoje tolerantní k sexuálnímu násilí, d) sexuální seberegulace, e) obecná seberegulace, a dále čtyři situační faktory: a) zneužívání návykových látek, b) negativní nálada, c) vztek, d) dostupnost oběti.

3.4 Recidivita z pohledu deviace

Zjišťuje se přitom, že recidivita pacientů různých diagnostických skupin se liší. Podle údajů Zimanové a spol. (1987) ve sledovaném období 6 až 10 let po absolvování léčby z celkem 137 jedinců zrecidivovalo 54 % pacientů s diagnózou polymorfní deviace, 47 % sexuálních agresorů, 35 % exhibicionistů, ale pouze 20 % pacientů s diagnózou homosexuální a 15 % s diagnózou heterosexuální pedofilie. Podobně podle přehledu Maletzského (1997), který na základě výsledků studií ambulantních léčebných programů v předcházejících 17 letech a zahrnujících více než 5 tisíc pacientů s různými deviacemi po 1–17 letém sledování, je podstatně vyšší recidivita sexuálních agresorů: těch zrecidivovalo 14 %, ve srovnání s 1,3 % heterosexuálních pedofilů. I podle závěrů Marshalla a spol. (2006) svědčí výsledky behaviorálních a kognitivně behaviorálních terapeutických programů o tom, že je lze úspěšně aplikovat především u pedofilů a exhibicionistů, zatímco neexistují důkazy, že by byly efektivní v případech sexuálních agresorů.

Podle Marshalla a Barbareho (1990) komplexnější programy léčby exhibicionistů (zahrnující většinou i hormonální terapii) dosahují recidivity až 48 %. I když dle Maletzského (1997) je recidivita exhibicionistů po léčbě antiandrogeny nízká, ale záhy po vysazení léku výrazně

vzrůstá. Proto tento autor doporučuje kombinovat farmakoterapii u této skupiny pacientů především s behaviorálními a s kognitivními psychoterapeutickými postupy.

3.5 Recidivita z pohledu farmakoterapie

Existuje mnoho studií o efektivitě farmakoterapie v léčbě, ale výsledky jsou poněkud sporné. Většina výzkumů více či méně potvrzuje úspěšnost farmakoterapie. Zajímavé je prohlášení Halla (1995), který na základě přehledu studií zabývajících se účinkem hormonální léčby na recidivu uzavírá, že tato léčba sice vede k jejímu signifikantnímu snížení, ale ve své efektivitě se podstatně neliší od léčby kognitivně behaviorální.

3.6 Recidivita z pohledu kastrace

Proběhlo také mnoho výzkumů o efektivitě kastrace a ze všech možných výzkumů vyplývá, že opakování sexuálního deliktu po operaci je spíše vzácné (Hamplová, a další, 1996). Recidivita u pacientů před kastrací byla mezi 25 a 100% a po 5 až 10 letech po zákroku se snížila na několik málo procent. Kastrace se tedy jeví jednoznačně jako úspěšná metoda.

3.7 Recidivita z pohledu úspěšnosti léčby

Při zkoumání recidivity hledáme prediktory v osobnosti, v sociodemografických rozdílech, nebo v sexuologických, ale také se snažíme zkoumat efekty léčby. Jedním z možných pohledů na zkoumání je například interindividuální změna u pacienta během terapie (Hollin, 1997). I v tomto případě by ale měla být konečným kritériem korelace těchto individuálních/intrapsychických změn s následnou recidivou. Podle Hansona (1997) je toto právě tou odlišností od jiných patientských skupin, kdy změna není konečným cílem psychoterapie. Tyto pozitivní vnitřní změny jsou pro pacienty samy o sobě přínosem, nejen že tedy přispívají k oddálení recidivy či jejímu úplnému snížení, ale také pomáhají v dalším životě pacienta.

Dle údajů ze tří v současné době existujících specializovaných oddělení zaměřených na ústavní léčbu sexuálních delikventů (PL Horní Beřkovice, PL Praha 8-Bohnice, PL Kosmonosy) prošlo těmito odděleními v době od jejich založení do června 1995, kdy bylo poslední katamnestické sledování provedeno, celkem 953 pacientů (Weiss, 2010). Z hlediska

diagnostického šlo především o pedofily (33 %), exhibicionisty (27 %) a sexuální agresory (26 %). Během léčby požádalo o chirurgickou kastraci celkem 84 pacientů (tedy 8,8 % všech léčených), především sadistů, sexuálních agresorů a pedofilů. Kriminální recidiva sexuálně delikventního chování pak byla zaznamenána u 163 propuštěných pacientů (tj. 17,1 % všech léčených), mezi nimiž převládali exhibicionisté a sexuální agresori. Z pacientů po kastraci nezrecidivoval žádný.

Dále je pro hodnocení úspěšnosti českého modelu ochranné sexuologické léčby k dispozici údaj o recidivitě pacientů za desetileté období (roky 1987–1996) ústavní léčby na sexuologickém oddělení v Psychiatrické léčebně v Praze Bohnicích, které bylo vyhodnoceno katamnestickou anketou. Ze 316 pacientů, kteří léčení absolvovali, byla oslovena větší část se známým bydlištěm. Odpověděly 103 osoby. Z celého souboru respondentů deviantní aktivitu zopakovalo – vesměs v méně nebezpečné formě – 10 % propuštěných z léčebny (Brichcín a Kalvach, 2003). Validitu tohoto průzkumu však samozřejmě snižuje pouze třetinová účast respondentů.

Ve světě se otázce úspěšnosti léčby začala věnovat pozornost především od publikace článku Furbyho a jeho spolupracovníků v roce 1989 (Brichcín a Kalvach, 2003). Autoři na základě přehledu článků týkajících se vlivu léčby na recidivu sexuálních delikventů vyvodili závěr, že kvůli zjevné metodologické nespolehlivosti dostupných dat nelze vůbec určit, zda terapie vede skutečně k redukci recidivity. Jejich tvrzení vyvolalo širokou polemiku v americkém odborném tisku. Mnozí autoři v ní dokazovali (i na základě vlastních studií), že i přes tyto metodologické nedostatky výzkumů lze prokázat, že především komplexní kognitivně behaviorální terapeutické programy a kombinace farmakologických a psychologických léčebných metod vede k prokazatelnému snížení recidivity u léčených pachatelů sexuálních trestních činů (Marshall a spol., 2009).

Hall (1995) provedl meta-analýzu 12 studií výsledků léčby, publikovaných po studii Furbyho a jeho kolegů, a prokázal, že léčba i při splnění těch nejpřísnějších metodologických kritérií prokazuje jednoznačnou účinnost. Ke snížení recidivity vedly především kognitivně behaviorální a hormonální terapeutické metody, méně pak programy behaviorální. Výzkumy byly založeny na průměrném 6,9 letém katamnestickém sledování, při kterém zrecidivovalo 19 % léčených a 27 % z kontrolní skupiny neléčených sexuálních delikventů.

Toto potvrzuje i výzkum Weisse (2002), který u souboru 66 hospitalizovaných sexuálních delikventů administroval ve dvoutměsíčních intervalech sadu standardních psychologických

testů. Tento výzkum proběhl právě na sexuologickém oddělení v PL Bohnice. Byly potvrzeny změny v oblasti psychické a sociální (především v oblasti úzkosti, agresivity, hypochondrických příznaků, paranoidity, schizoidity, psychastenie a neuroticismus, zlepšily se vztahy k okolí, zvýšila se schopnost kritického náhledu na sebe sama a došlo k zvnitřnění žádoucího modelu chování).

Zajímavou otázku klade Riceová a Hanson ve své řeči v Oslu, zda může být léčba efektivní a zda může třeba někdy i škodit. Oba zvažují, zda léčba sexuálních delikventů nemůže mít negativní účinky. Dokonce tvrdí, že neopodstatněné, či vědecky nepodložené léčení, kterým léčba sexuálních delikventů podle nich je, může mít za následek "neúmyslné zvýšení recidivy" (Marshall a Marshall, 2010, str. 250). Dokonce naznačují, jak by se to mohlo stát. „V léčbě sexuální trestné činnosti, může pachatel líčit detaily činu při přijímání odpovědnosti a cvičení prevence relapsu a vystavit tak další pachatele novým sexuálním nápadům a novým metodám pro přístup k obětem. Využití cvičení empatie k oběti může vyvolat sadistické fantazie mezi podskupinou sexuálních delikventů, u kterých utrpení oběti a strach spíše povzbuzuje než zneklidňuje.“ (Marshall a Marshall, 2010, str. 250). Autoři popisují tyto možné negativní účinky zapojení do léčby jako „nepřijatelné“. Na tuto otázku se pokouší odpovědět Marshall (2010) tím, že se však nepodařilo najít žádné důkazy v literatuře o negativním účinku léčby sexuálních pachatelů. Ve skutečnosti ze všech studií, které vstupují do různých metazkoumání, žádná z nich, neuvádí, že léčba sexuálních pachatelů by vedla, ke zvýšené recidivě.

Z hlediska recidivity jsou výsledky léčby u nás plně srovnatelné s výsledky podobně zaměřených pracovišť ve vyspělých zemích – USA, Německu, Velké Británii či Holandsku, a jednoznačně potvrzují oprávněnost našeho modelu specializované léčby parafilních sexuálních delikventů. Recidivita je u nás přitom zjišťována – jak plyne i z české právní úpravy podmínek léčby sexuálních deviantů – u jiného souboru pacientů než v zahraničí. Naprostá většina z nich je u nás odesílána do léčby nedobrovolně, tedy na základě výroku soudu, zatímco v jiných zemích je tato léčba v naprosté většině dobrovolná (i když často na doporučení soudu) a pacient ji může odmítnout nebo přerušit. Navíc většinu našich pacientů tvoří deviantní pachatelé, přičemž – jak plyne už z uvedené analýzy Hansona a Bussiéra (1996) – je deviace faktorem, který nejvíce zvyšuje pravděpodobnost recidivy sexuálně delikventního chování.

Shrnutí

Faktory, které se z doposud uskutečněných výzkumů ukazují jako významné:

- Falometricky prokázaná deviace (u patologické sexuální agrese a polymorfních deviací je tento faktor ještě významnější)
- Předchozí sexuální delikty
- Nesexuální trestná činnost
- Trvalý partnerský vztah, včetně pravidelného pohlavního styku (při existenci dlouhodobého vztahu se významně oddálí recidivita)
- **Nepřavidelné pohlavní styky** (jako negativní faktor, který zvyšuje riziko recidivity)
- Mladší věk, nejčastěji uváděný pod 30 let
- Psychiatrická diagnóza – především poruchy osobnosti, a to antisociální porucha osobnosti; a mentální retardace
- Oběť je starší či cizí osoba, nebo větší počet obětí, soulož s obětí a celkově závažnější delikty
- Nižší socioekonomický status
- Neschopnost dokončit léčbu a nedostatečná obrana proti psychické slabosti

Faktory, které vycházejí v jednotlivých výzkumech odlišně:

- Fyzické a sexuální zneužívání v dětství
- Délka léčby
- Motivace k léčbě
- Popření činu
- **Deprese**
- Obecné psychické problémy jako úzkostnost, nedostatek sebevědomí
- Sociální dovednosti
- **Zneužívání alkoholu či drog**
- Vzdělání
- Profesní maladaptace (fluktuace, častá absence)
- Psychiatrické heredity a **defektuozity rodinné výchovy** (zejména rodinná výchova vnímaná jako hostilnější, narušená alkoholismem jednoho z rodičů, institucionální)

- **Z osobnostních charakteristik** jsou rizikovější jedinci s nedostatečnou obranou proti psychické slabosti, ti, co chtějí vědomě či nevědomě působit horším dojmem, zdůrazňují somatické obtíže, osobnosti psychastenické či neurastenické, schizoidní, uzavřené a sociálně méně adaptabilní, s menší potřebou interpersonálních vztahů.

3. Výzkumná část

Pro formulaci programů při léčbě parafilií nebo při jejich zlepšení, zefektivnění, je důležité vědět, jak je používán léčebný přístup účinný. U léčby těchto pacientů je to obzvláště důležité. Jednak pro to, že mohou být ohrožením pro společnost, ale také pro to, abychom mohli dát odpověď médiím ve chvíli, kdy se vyjadřují k této oblasti a pokládají námitky, proč jsou vůbec pacienti sexuologické ochranné léčby propouštěni ven. V případě závažnějších deliktů je to o to víc opodstatněné.

Z literárního přehledu vyplývá, že v současné době již existuje mnoho výzkumů k tématu parafilie a recidivita - zkoumají se například prediktory recidivity sexuálních delikventů, ať z pohledu statických faktorů nebo dynamických, osobnostní profily, hodnocení úspěšnosti léčby apod. Existují i srovnávací meta-analýzy různých výzkumů. Výsledky potvrzují účelnost a efektivitu léčby. Problém je ale v tom, že neexistuje jednotná definice parafilií, ani jednotné východisko k jejich etiologii a tím pádem ani jednotný systém léčby.

Zahraniční výzkumy, převážně z Ameriky, jsou prováděny většinou na široké skupině pachatelů sexuálně trestných činů, tedy na sexuálních delikventech. A to ať deviantních nebo ne. Takovýto soubor je tedy z hlediska parafilie heterogenní a je také odlišný, než například některé z našich domácích výzkumů.

Prediktory z těchto výzkumů jsou vlastně prediktory recidivity sexuálních delikventů, tedy i těch nedevariantních, a proto se dá uvažovat spíše o obecných prediktorech recidivity delikventů. U těch výzkumů, které kombinují různé faktory s faktorem deviace, by měly ale výsledky odpovídat českým výzkumům, případně evropským výzkumům, které mají podobnou léčbu.

Tento výzkum je zacílen přímo na pachatele sexuálně trestných činů, kteří mají potvrzenou diagnózu parafilie.

3.1. Cíle výzkumu

Cílem této pilotní studie je tedy navázat na předchozí výzkumy v oblasti zkoumání predikčních faktorů u recidivity sexuálních delikventů, a to především na domácí studie, které u nás byly uskutečněny na konci 80. a v 90 letech, a **provést opětovné ověření dat u recidivujících pacientů po řádném ukončení ochranné sexuologické léčby v Psychiatrické léčebně v Praze v Bohnicích**. V diskuzi pak dále porovnám výsledky výzkumu s výzkumy nejen domácích autorů, ale také zahraničních, které jsem uvedla v teoretické části.

Na základě prostudovaných výzkumů v teoretické části jsem vytvořila přehled faktorů⁴, které ovlivňují recidivu sexuálních delikventů. Rozdělila jsem je do dvou skupin, a to na významné (většinou vycházející ve všech výzkumech jako velmi významné) a méně významné (vycházejí jednou jako významné a jindy jako nevýznamné) a stanovila jsem, následující oblasti faktorů recidivity, které jsem dále ve výzkumu porovnávala mezi skupinou recidivujících a nerekidivujících pacientů.

Cílem tedy bylo ověření následujících prediktorů recidivity:

- 1) Demografické a socioekonomické ukazatele – **věk při nástupu do léčby**, dosažené **vzdělání, zaměstnání a bydliště**
- 2) **Původní rodina** a trvalost **partnerských vztahů**
- 3) **Trestná činnost**, a to sexuální i nesexuální
- 4) **Neschopnost dokončit léčbu - útěky** během léčby
- 5) **Psychiatrická diagnóza** – porucha osobnosti, psychotická porucha, mentální retardace, závislosti a případně jiné poruchy (například deprese) nebo bez diagnostikované psychiatrické poruchy.

Podrobnější charakteristika jednotlivých faktorů je pro lepší přehlednost popsána v kapitole Výsledky. Vždy před uvedením jednotlivých výsledků popisují daný faktor a jeho kritéria.

Faktory „délka léčby“ (který se vždy neukazuje jako významný faktor) a „doba, po jaké pacienti zrecidivovali“ nebylo z dostupných informací možno u všech respondentů dohledat, proto jsem tyto faktory dále neověřovala.

Všechna data jsem sbírala katamnesticky z chorobopisů pacientů, které jsou uschovány v archivu Psychiatrické léčebny Praha Bohnice.

⁴ Tento seznam faktorů je v Teoretické části v kapitole Recidivita v závěrečném shrnutí.

3.2. Soubor

Data byla sbírána z oddělení ochranné sexuologické léčby v Psychiatrické léčebně Praha Bohnice, ze sexuologické ambulance v Psychiatrické léčebně Praha Bohnice a z ambulance Sexuologického ústavu VFN a 1.LF UK v Praze.

Základní soubor tvoří 463 pacientů ústavní formy ochranného sexuologického léčení v Psychiatrické léčebně Bohnice od roku 1987 do roku 2012. Všichni jsou to muži, kteří mají diagnostikovanou parafilii. Jelikož databáze pacientů v léčbě není kompletní, nejsou ani tato čísla přesná, jsou jen orientační.

Srovnáním databáze pacientů z lůžkového oddělení a z ambulance Psychiatrické léčebny Praha Bohnice a z ambulance Sexuologického ústavu VFN jsem dostala výběrový soubor, který čítá 208 pacientů, kteří splňovali následující kritéria:

- řádně ukončili (tedy soudem zrušená nebo přeměněná léčba na ambulantní) ústavní sexuologickou léčbu v Psychiatrické léčebně Praha – Bohnice v období od roku 1987 do 2010 (maximální doba ukončení léčby pro možnost sledování recidivy alespoň po dvou letech po ústavní léčbě) a
- následně po ústavní léčbě docházeli do sexuologické ambulance buď přímo v PLB nebo na Sexuologický ústav Praha.

Z tohoto souboru jsem nejprve vybrala všechny, kteří recidivovali a vytvořila tak skupinu recidivujících pacientů. V této skupině bylo celkem 37 osob.

Dalším omezením byl faktor kastrace. Vzhledem k výsledkům z českých výzkumů ohledně úspěšnosti kastrace (ani jeden pacient po kastraci u nás nezrecidivoval), což se potvrdilo i z výběru recidivujících pacientů, jsem následně vyloučila ze skupiny nerecidivujících všechny kastrované, abych tak zamezila další možné proměnné. Tyto osoby jsem vyloučila podle seznamu osob, který jsem měla k dispozici z ambulance Psychiatrické léčebny Praha Bohnice.

K této skupině recidivujících pacientů jsem se následně pokusila vytvořit komparativní skupinu nerecidivujících pacientů, a to ze zbytku daného souboru. Celkem bylo tedy v souboru 74 mužů, z toho 37 recidivujících a 37 nerecidivujících.

3.2.1. Věkové rozložení souboru

Věk respondentů se pohyboval od 18 do 43 let, s průměrným věkem 26 let. Průměrný věk pacientů byl u recidivujících 25 let a u nerecidivujících 27 let. Medián byl u recidivujících pacientů 22 let a u nerecidivujících 28 let. Modus byl u recidivujících pacientů 20 let a u nerecidivujících 30 let (Tabulka 2).

	Skupina recidivujících	Skupina nerecidivujících	Celkově
Průměr	25 let	27 let	26 let
Medián	22 let	28 let	25 let
Modus	20 let	30 let	30 let

Tabulka 2: Věkové rozložení souboru

Recidivitu jsem definovala jako **recidivitu kriminální**, stejně tak jako i ve výše citovaných výzkumech. To znamená, že za recidivu považuji pouze nově spáchaný sexuální trestný čin, za který byl pachatel právně odsouzen.

Z tohoto důvodu se nelze vyjadřovat k celkové recidivitě parafiliků po absolvování ústavní léčby v Psychiatrické léčebně Praha Bohnice. Procento recidivity jen u pacientů, kteří dokončili ústavní léčbu a následně byli v ambulantní péči v PL Bohnice nebo na Sexuologickém ústavu Praha, je 18%. Jsou to pacienti, kteří byli po léčbě 2 až 23 let. Toto procento odpovídá i výsledkům ostatních výzkumů, kde je udáváno, že 10-15% pacientů po léčbě recidivuje.

3.3. Metoda

Výzkum na téma predikční faktory recidivity sexuální deviantů nabízí mnoho zajímavých okruhů zkoumání, ale zároveň je toto téma tak citlivé a obtížně uchopitelné, že přináší také mnohá úskalí při plánování a tvorbě výzkumu. Některé nápady a otázky totiž nelze zrealizovat, a to z různých důvodů – etických (například nelze některé pacienty neléčit a následně zkoumat odlišnosti), nebo i z čistě praktických důvodů, počínaje velmi těžko dohledatelnou evidencí pacientů a dohledáváním jednotlivých dat.

Komplikace při výběru vzorku

Proto, abych mohla vůbec začít s tímto výzkumem, musela jsem si nejprve sama vytvořit evidenci pacientů, kteří prošli od roku 1987 do roku 2012 ústavní sexuologickou léčbou v Psychiatrické léčebně Praha Bohnice. Kompletní evidence pacientů sexuologické léčby totiž zcela chybí. Dohledatelná je jen částečná databáze pacientů, což jsou ručně psané kartičky pacientů, kde je napsáno jen jméno pacient, ostatní informace jsou nejednotné či chybné - někde je uvedena sexuologická diagnóza, někde je uveden nástup do léčby, většinou ale chybí ukončení léčby, případně je zde uvedeno několik dat, u kterých není zřejmé, co znamenají (například přeložení jen na jiný pavilon, opakovaná léčba atd.); někde také kromě jména není uvedeno nic jiného a někdy jsou data uvedena chybně. V této evidenci jsou většinou evidováni dřívější pacienti. Jelikož se v průběhu let celé oddělení několikrát stěhovalo na jiný pavilon, není jasné, jestli je dokumentace kompletní (ale spíše se předpokládá, že není). Elektronická databáze pacientů vznikla až v nedávné době, tudíž zahrnuje jen současné pacienty.

Při výběru pacientů z evidence jsem dále odebírala poslední pacienty, kteří řádně ukončili léčbu minimálně před dvěma roky. Dva roky jsou dostatečnou dobou pro to, aby se mohla daná recidiva vůbec prokázat. Tuto délku jsem volila na základě předchozích výzkumů, které sledovaly také časový faktor. Průměrná délka od ukončení léčby k recidivě je 16,2 měsíce (Weiss a spol., 1987).

Z tohoto souboru jsem dále hledala recidivující pacienty. Pacienti z ústavní léčby odcházeli téměř vždy do ambulantní léčby. Ta byla vykonávána v jakékoli sexuologické nebo psychiatrické ambulanci v České republice a na Slovensku. Jelikož v dané databázi chybí zcela informace, kam byli pacienti předáni, do jaké ambulantní péče, informace o recidivitě jsem tedy získávala ze dvou ambulančí – ambulance v rámci PLB a ambulance v Sexuologickém ústavu Praha.

Abych mohla tedy vytvořit skupinu recidivujících a následně komparativní skupinu nerecidivujících pacientů, musela jsem tedy jednotlivě projít chorobopisy všech pacientů z obou ambulančí a v nich nejprve dohledat, který z pacientů absolvoval před současnou ambulantní léčbou ústavní léčbu v Psychiatrické léčebně Praha Bohnice a následně, jestli daný pacient po této ústavní léčbě recidivoval.

Další komplikací bylo, že v daných chorobopisech pacientů také chybí přesná informace, kdy daný pacient recidivoval. Někdy tuto informaci totiž dostanou až ve chvíli, kdy je pacient opět

ve výkonu trestu, a někdy jí nedostanou vůbec (například při nedocházení do ambulantní léčby, recidiva po ukončení krátkodobé ambulantní léčby apod.). Proto ani tato čísla ohledně recidivujících pacientů nemusí být přesná.

Toto byla intenzivní práce po dobu několika měsíců, jelikož bylo nutné se také přizpůsobovat pracovním možnostem ve všech zařízeních. Tato část výzkumu byla asi tou časově nejnáročnější a nejobsáhlejší, protože jsem musela dohledávat pacienty z různých zdrojů a dávat je tak dohromady do jedné elektronické databáze.

Tyto komplikace se následně projevily i při sledování některých dalších faktorů (bylo nutné upustit od faktoru délka léčby a doby, po jaké pacienti recidivovali), ale i při výběru nerecidivujících pacientů do skupiny.

Skupinu nerecidivujících pacientů jsem vybírala pouze z té skupiny, která prošla ústavní léčbou, v současné době probíhá/nebo byla již ukončena ambulantní léčba a zároveň je to skupina, která nerecidivovala. Původně jsem se snažila vybírat nerecidivující skupinu jako skupinu komparativní vzhledem k sexuologické diagnóze. Jelikož nebylo možné z nekompletní evidence všech pacientů v léčbě dohledat u všech sexuologickou diagnózu, doplnila jsem zbytek pacientů náhodným výběrem (vzala jsem každého pátého pacienta z evidence). Jsem si vědoma této metodologické nespolehlivosti, a proto se k tomuto ještě vracím v kapitole Diskuse. Vzhledem k tomu, že tato studie má být ověřením daných zjištění, může i přes tuto zjevnou metodologickou nespolehlivost tato práce přinést zajímavé podněty pro další navazující výzkum.

Data tedy byla sbírána katamnesticky a to z chorobopisů pacientů, které jsou uloženy v archivu léčebny. Dále pak byla data statisticky zpracována pomocí Chí-kvadrát testu v Microsoft Excel. Vzhledem k tak malému vzorku osob nešlo použít jiné testové metody.

3.4. Výsledky

V této kapitole popisují výsledky ověřovaných dat, které vznikaly na základě statistického zpracování. Data jsou uspořádána v tabulkách. Jsou členěny podle jednotlivých faktorů, které jsem sledovala. Souvislosti a interpretace jsou předmětem diskuse, která následuje za kapitolou Výsledky.

3.4.1. Diagnostické rozložení souboru

V našich podmínkách nemusíme sledovat, jak koreluje faktor deviace s ostatními predikčními faktory, jelikož pracujeme jen se skupinou osob, která tuto podmínku splňuje. Snažila jsem se u skupiny nerecidivujících pacientů zachovat stejné rozložení, které bylo i u skupiny recidivujících. Větší část souboru byla komparativně doplněna, bohužel zbytek nerecidivující skupiny byl dovybrán náhodně (tedy každý pátý pacient ze seznamu), jelikož nebylo možné prvotně dohledat diagnózu v daném seznamu, který byl v tomto směru neúplný.

V Tabulce 3 je uvedeno podrobnější diagnostické rozložení souboru dle české sexuologické školy - exhibicionismus, frotérství, a tušérství, patologická sexuální agrese, sadismus, pedofilie a poslední kategorií jsou polymorfní deviace. V této poslední skupině byli vždy pedofilní agresori, v jednom případě ještě s kombinací fetišismu.

Tabulka 3: Diagnostické rozložení souboru I.

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
sexuologická diagnóza	exhibicionismus	6	16%	5	14%
	frotérství, tušérství	2	5%	1	3%
	patolog.sex.agresivita	12	32%	10	27%
	sadismus	1	3%	1	3%
	pedofilie	7	19%	14	38%
	polymorfní deviace	9	24%	6	16%

$$\chi^2 = 3,539 \quad p = 0,62$$

Vzhledem k malým počtům výskytu některých parafilií jsem tyto sexuální deviace dále rozřadila do následujících kategorií - deviace v aktivitě, deviace v objektu a polymorfní deviace. Toto diagnostické rozložení souboru je uvedeno v tabulce 4.

Tabulka 4: Diagnostické rozložení souboru II.

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
sexuologická diagnóza	deviace v aktivitě	21	57%	17	46%
	deviace v objektu	7	19%	14	38%
	polymorfní deviace	9	24%	6	16%

$$\chi^2 = 3,354 \quad p = 0,19$$

I přesto, že byla nerecidivující skupina z větší části komparativní ke skupině recidivujících a zbytek skupiny byl vybrán náhodně, ze statistické analýzy nevychází tento rozdíl jako významný. Rozložení v obou skupinách je téměř vyrovnané, proto můžeme hovořit o skupině nerecidivujících jako o skupině komparativní. Většina pacientů byla z náhodného výběru pedofilní.

3.4.2. Demografické údaje

Do tohoto okruhu prediktorů zahrnuji věk, vzdělání, zaměstnání a bydlení. Jsou to demografické údaje, které jsou také určitými prediktory socioekonomického statusu. Nižší socioekonomický status se v ostatních výzkumech ukazuje jako významný prediktor recidivity.

Věk

Z výzkumů vyplývá, že negativním rizikovým faktorem recidivy je většinou věk do 30 let. Uvádí se věk při nástupu do léčby. Riziko je větší u mladších jedinců. Výsledky uvádím v Tabulce 5. Věk je rozdělen do dvou podskupin – do 30 let a nad 30 let (včetně 30) a data jsou statisticky zpracována pomocí testu Chí-kvadrát (stejně tak i v ostatních případech).

Tabulka 5: Věk při nástupu do léčby I.

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
věk při nástupu do léčby	do 30 let	26	70%	22	59%
	nad 30 let	11	30%	15	41%

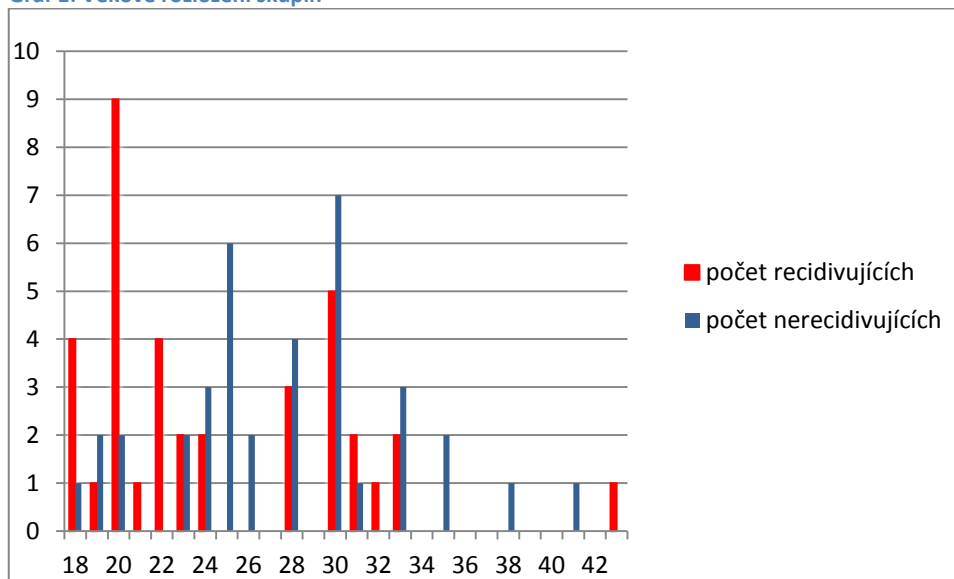
$\chi^2 =$	0,949	$p =$	0,33
------------	--------------	-------	-------------

Statistická analýza nepotvrdila signifikantní rozdíl mezi těmito věkovými skupinami ($\chi^2 = 0,95$; $df=1$). U recidivující skupiny je výrazný počet osob do 30 let, ale u nerecidivující skupiny tento poměr není tak výrazný.

V tomto případě se prediktor věku do 30 let jako rizikový faktor recidivity neukazuje.

Zajímavý je ale graf 1 s věkovým rozložením souboru, kde je vidět asymetrické rozložení souboru.

Graf 1: Věkové rozložení skupin



Medián u recidivující skupiny je 22 let a modus 20 let. U nerecidivujících pacientů je medián 28 let a modus 30 let. Průměrný věk u recidivistů je 25 let a u nerecidivistů 27 let.

Pokud změníme kategorie do 25 let a nad 25 let (včetně), prokázala statistická analýza významný rozdíl mezi skupinami na hladině $p=0,002$ ($\chi^2 = 9,243$; $df=1$). V tomto srovnání vychází naopak u nerecidivujících pacientů nad 25 let vysoký počet osob (tabulka 6).

Tabulka 6: Věk při nástupu do léčby II.

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
věk	do 25 let	23	62%	10	27%
	nad 25 let	14	38%	27	73%

$\chi^2 =$	9,243	$p =$	0,0024
------------	--------------	-------	---------------

Faktor věku do 25 let je významným prediktorem recidivity. Riziko recidivy je větší u pacientů do 25 let.

Vzdělání

Faktor vzdělání, jako jeden z indikátorů inteligence, schopnosti učit se, soustředit se, zůstat u nějaké činnosti, i když je to činnost, která není příjemná nebo oblíbená apod., jsem rozdělila

do pěti kategorií – ZvŠ (zvláštní a pomocné školy), ZŠ (dokončená základní škola, včetně těch pacientů, kteří nedokončili SOU nebo SŠ), SOU (dokončený učňovský obor bez maturity), SŠ (dokončená střední škola s maturitou) a VŠ, VOŠ (dokončená vysoká škola nebo vyšší odborná, případně pomaturitní studium). Tento faktor byl sebrán z anamnestických dat po příchodu pacienta do léčby. Výsledky jsou uvedeny v Tabulce 7.

Tabulka 7: Vzdělání

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
vzdělání	ZvŠ	3	8%	1	3%
	ZŠ	19	51%	9	24%
	SOU	12	32%	18	49%
	SŠ	2	5%	8	22%
	VŠ, VOŠ	1	3%	1	3%

$$\chi^2 = 9,371 \quad p = 0,05$$

U kritéria vzdělání byl zjištěn signifikantní rozdíl na hladině významnosti $p=0,05$ ($\chi^2 = 9,371$; $df=1$). U recidivující skupiny výrazně převažuje základní vzdělání, kdežto u nerecidivující skupiny převažuje dokončené střední odborné učiliště. Vzhledem k nízkým počtům v několika kategoriích je nutné brát výsledek orientačně.

Zajímavým se zdá být rozdíl u nižšího vzdělání, tedy dokončené vzdělání jen na úrovni základní a zvláštní školy, k vyššímu vzdělání (které vyžaduje již vyšší inteligenci, schopnost soustředit se, pracovat samostatně atd.). Tato skupina zahrnuje jak učiliště, střední školu, tak i vysokou či vyšší odbornou školu. Výsledky jsou uvedeny v Tabulce 8.

Tabulka 8: Vzdělání II.

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
vzdělání	základní	22	59%	10	27%
	vyšší	15	41%	27	73%

$$\chi^2 = 7,929 \quad p = 0,0049$$

Tento rozdíl u základního vzdělání se projevil jako signifikantně významný, a to na hladině významnosti $p<0,01$ ($\chi^2 = 7,929$; $df=1$).

Faktor „Vzdělání“ je významným prediktorem, kde s nižším (nebo nedokončeným) vzděláním je riziko recidivy větší.

Zaměstnání

U tohoto kritéria je důležitým vodítkem, zda si pacient je schopen udržet zaměstnání. Proto jsem toto kritérium rozdělila na tři kategorie. Do kategorie „dlouhodobé“ spadá stálý trvalý pracovní poměr, dlouhotrvající brigád nebo samostatná činnost. Jsou to práce, které před léčbou trvaly alespoň rok, a respondent tam pravidelně docházel. Mezi „krátkodobé“ zaměstnání patří různé občasné brigády, příležitostné práce, ale patří sem také tzv. absentérství, časté odchody či vyhazovy z práce. Typická je velká fluktuace, kdy pacient nebyl schopen vydržet v jednom zaměstnání. Třetí kategorie je „bez zaměstnání“, tedy minimálně v posledním půl roce před započítáním léčby vůbec nepracovali. Tato data byla sbírána z anamnézy z chorobopisu a z dekursu pacienta. V případě, že pacient byl ve výkonu trestu, brala jsem období před nástupem do výkonu trestu. U pacientů, kteří dostali podmíněný trest, jsem analyzovala období před nástupem do léčby. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce 9.

Tabulka 9: Zaměstnání

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
zaměstnání	dlouhodobé	11	30%	15	41%
	krátkodobé	7	19%	13	35%
	bez zaměstnání	19	51%	9	24%

$$\chi^2 = 5,987 \quad p = 0,05$$

Statistickou analýzou byla zjištěna statistická významnost na hladině významnosti $p=0,05$ ($\chi^2 = 5,987$; $df=1$). Nejvíce recidivujících bylo bez zaměstnání a u nerecidivujících pacientů byla nejčastější dlouhodobá práce.

Faktor „Zaměstnání“ je významným prediktorem recidivity, a to zejména u těch pacientů, kteří nemají zaměstnání (Tabulka 10). Tento rozdíl se pak ukázal statisticky významný na hladině $p=0,01$ ($\chi^2 = 5,745$; $df=1$).

Tabulka 10: Zaměstnání II.

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
zaměstnání	ne	19	51%	9	24%
	ano	18	49%	28	76%

$$\chi^2 = 5,745 \quad p = 0,01$$

Bydlení

Data u tohoto prediktoru byla opět sbírána z anamnézy pacienta po příchodu do léčby. Sleduji zde skutečnost, jestli pacient před nástupem do léčby měl „stálé“ bydlení, tedy trvalé, kde bydlel dlouhou dobu, byl to jeho byt, byt rodičů, nebo dlouhodobý pronájem či podnájem, nebo měl jen přechodné bydlení, tzn. krátkodobě na ubytovně, u kamaráda. A ve třetí skupině jsou pacienti zcela bez domova, žijící na ulici nebo ve squatu⁵. Výsledky jsou uvedeny v Tabulce 11.

Tabulka 11: Bydlení

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
bydlení	stálé	31	84%	29	78%
	přechodné	5	14%	8	22%
	bez domova	1	3%	0	0%

$$\chi^2 = 1,759 \quad p = 0,42$$

Statistickým šetřením nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami. Překvapivým výsledkem je převaha stálého bydlení u obou skupin a pouze jedna osoba, která se nacházela bez domova.

Faktor „Bydlení“ tedy není významným prediktorem recidivity.

Bydlení se statistickou analýzou neověřilo jako významné. Z pohledu socioekonomického statusu (bydlení, zaměstnání, vzdělání) se dá říci, že některé faktory tohoto prediktoru jsou významné, jako vzdělání a zaměstnání, a některé nejsou významné pro recidivu pacientů, jako například bydlení.

⁵ Squaťeri jsou lidé, kteří se zabydlí v nějaké budově, která se už dávno nepoužívá, a žijí tam bez toho, aby platili nájem apod.

3.4.3. Rodina a partnerské vztahy

V této oblasti prediktorů ověřuji nejen faktor původní rodiny, která se ukazuje v některých výzkumech jako významný faktor, ale také faktor partnerského vztahu, který se naopak ukazuje jako velmi významný faktor ve všech výzkumech. Data jsou sbírána převážně z anamnéz pacientů po příchodu do léčby.

Rodina

Některé výzkumy ukazují, že neúplnost rodiny, výchovné styly nebo problémy v rodině (alkoholismus jednoho z rodičů, zneužívání dítěte apod.) jsou určitými prediktory recidivity. Z chorobopisů nebyly jednotné informace a bylo také obtížné sledovat z anamnézy například výchovný styl rodičů, rozdělila jsem proto tento faktor na následující podskupiny – „funkční“, „nefunkční“ a „institute“.

Za „funkční“ rodinu je brána rodina úplná, kdy pacient hodnotí kladně výchovu rodičů a svůj vývoj v rodině. Rodina je bez větších problémů. Do „nefunkční“ rodiny patří pacienti, kteří vyrůstali jen s jedním rodičem, nebo bez rodičů, kdy se o ně staral někdo z příbuzných (většinou prarodiče) nebo v rodině byl jeden z rodičů alkoholik, případně zde bylo zneužívání či násilí. Třetí skupina „institute“ znamená, že dítě vyrůstalo v dětském domově nebo v dětském výchovném ústavu. Výsledky jsou vyhodnoceny v Tabulce 12.

Tabulka 12: Rodina původní

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
rodina	funkční	16	43%	19	51%
	nefunkční	17	46%	17	46%
	institute	4	11%	1	3%

$$\chi^2 = 2,057 \quad p = 0,36$$

Statistická analýza neprokázala signifikantní rozdíl mezi skupinami. Překvapivě převažují „funkční“ a „nefunkční“ rodiny, a to zhruba ve stejném rozložení, a pouze pět osob ze všech pacientů vyrůstalo v nějakých institucích. Vzhledem k takto malému počtu osob (tedy pod 5 položek v obou skupinách), je nutné brát výsledek jako orientační.

Zajímavým se zdá být rozdíl mezi „funkční“ a „nefunkční“ rodinou (tedy širěji zahrnující jak nefunkční vztahy, tak i institucionální výchovu), ale ani tento rozdíl se neprojevil jako statisticky významný.

Mezi skupinami ve faktoru „Rodina“ nebyla nalezena statisticky významná odlišnost.

Partnerské vztahy

Dalším z důležitých prediktorů recidivity se ukazuje partnerský vztah. Jako pozitivní se ukazuje trvalý partnerský vztah a pravidelnost pohlavního styku. Frekvence pohlavního styku nebylo možné z chorobopisu u všech pacientů dohledat, proto jsem ověřovala pouze to, zda měli v minulosti partnerský vztah či ne, a pokud ano, tak jestli byl dlouhodobý (minimálně půl roku) nebo krátkodobý (krátké známosti, časté střídání partnerek). U podskupiny „bez vztahu“ byli pacienti, kteří nikdy neměli vztah, a to ani dlouhodobější, ani častější krátkodobé. Pacienti, kteří měli v minulosti například jeden pokus o vztah, který ale nebyl úspěšný, jsou zařazeni do této podskupiny. Výsledky uvádím v Tabulce 13.

Tabulka 13: Partnerské vztahy I.

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
partnerské vztahy	dlouhodobé	3	8%	7	19%
	krátkodobé	18	49%	22	59%
	bez vztahu	16	43%	8	22%

$$\chi^2 = 4,667 \quad p = 0,10$$

Statistická analýza neprokázala signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami. Zajímavým se zdá být výsledek Počet pacientů, kteří měli dlouhodobé vztahy, zejména u skupiny recidivujících, je však poměrně malý. Při sloučení podskupin dlouhodobé a krátkodobé vztahy, tedy při zjišťování, zda jakýkoli partnerský vztah je faktorem u recidivy, jsou výsledky následující (Tabulka 14).

Tabulka 14: Partnerské vztahy II.

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
partnerské vztahy	se vztahem	21	57%	29	78%
	bez vztahu	16	43%	8	22%

$$\chi^2 = 3,947 \quad p = 0,05$$

Tento rozdíl se projevil jako statisticky významný na hladině $p=0,05$ ($\chi^2 = 3,947$; $df=1$). Ve skupině recidivujících pacientů byl poměr mezi kategoriemi „se vztahem“ a „bez vztahu“ vyrovnanější, než ve skupině nerecidivujících pacientů, kde výrazně převládala existence partnerského vztahu.

Neexistence partnerského vztahu, ať dlouhodobého nebo krátkodobého, je významným prediktorem recidivity.

3.4.4. Trestná činnost

Nesexuální trestná činnost

Velmi významným a část zmiňovaným prediktorem recidivity je nesexuální trestná činnost. Vzhledem k tak malému vzorku osob, jsem se soustředila pouze na to, zda byla i jiná trestná činnost (majetková, ale i jiné ublížení na zdraví, které nemá sexuologický podtext) nebo ne. Data jsou opět sbírána z anamnézy pacientů, která je součástí chorobopisu a zároveň jsou data kontrolována z rozsudků a psychiatrických posudků, kde je uvedena také předchozí trestná činnost pacienta. Výsledky jsou uvedeny v Tabulce 15.

Tabulka 15: Nesexuální trestná činnost

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
nesexuální TČ	ano	12	32%	5	14%
	ne	25	68%	32	86%

$\chi^2 =$	3,742	$p =$	0,05
------------	--------------	-------	-------------

Ve výsledcích byla zjištěna statistická významnost, a to na hladině $p=0,05$ ($\chi^2 = 3,742$; $df=1$). Ačkoli většina ze všech pacientů neměla předchozí nesexuální trestnou činnost, je předchozí přítomnost nesexuální trestné činnosti významným prediktorem recidivity.

Sexuální trestná činnost

Dalším velmi zmiňovaným faktorem je předchozí sexuální trestná činnost. Zjišťujícím prvkem pro prokázaný předchozí sexuální delikt, byla předchozí nařízená léčba, a to ústavní nebo ambulantní formou. Při odsouzení za spáchání sexuálně motivovaného trestného činu a

zároveň zjištění parafílie u odsouzeného, dostává dotyčný jedinec v poslední době vždy nařízenou sexuologickou léčbu. U dřívějších pacientů toto hledisko ale nemusí poskytovat vždy validní informace, proto jsem jejich trestnou činnost ověřovala dále i v anamnéze a v psychiatrickém posudku, jestli nebyla dříve udělena „sexuologická“ léčba na psychiatrickém oddělení. Takovýto pacient ale nebyl žádný. Pacienti, kteří tedy měli předchozí sexuologickou léčbu, jsou pacienti již kriminálně recidivující. Výsledky sexuální trestné činnosti jsou uvedeny v Tabulce 16.

Tabulka 16: Předchozí sexuologická léčba

		Recidivující N = 37		Nerecidivující N = 36	
		N	%	N	%
předchozí sexuologická léčba	ano	7	19%	4	11%
	ne	30	81%	32	89%

$\chi^2 =$	0,869	$p =$	0,35
------------	--------------	-------	-------------

Mezi skupinami v tomto ohledu nebyla zjištěná statistická významnost. Ovšem počet pacientů, ve skupině nerecidivujících s předchozí léčbou, je poměrně malý (4), proto je tento výsledek spíše orientační.

3.4.5. Neschopnost dokončit léčbu – útěky z léčby

Prediktor „Neschopnost dokončit léčbu“ je velice širokým pojmem, který může zahrnovat různá hlediska, například neschopnost z důvodu chybějící motivace k léčbě, kognitivních dysfunkcí, chybějícího náhledu, neschopnosti vlastní introspekce apod. Tento faktor jsem si nadefinovala jako nezájem dokončit léčbu a kritériem hodnocení tohoto faktoru jsou útěky z léčby. Ze zkušenosti se ukazuje, že někteří pacienti utíkají z léčby i několikrát a nejsou tím tak schopni léčbu dokončit, konec léčby se jim velmi prodlužuje a někdy jejich útěky končí opět ve výkonu trestu, a to buď za maření úředního rozhodnutí, tedy za samotný útěk, případně za další trestný čin. Z dostupných informací také nebylo možné hodnotit tento faktor z pohledu motivace k léčbě, náhledu, schopnosti introspekce či popření činu. Výsledky uvádím v Tabulce 17.

Tabulka 17: Útěk z léčby

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
útěky	ano	12	32%	5	14%
	ne	25	68%	32	86%

$$\chi^2 = 3,742 \quad p = 0,05$$

Tento rozdíl se projevil jako statisticky významný na hladině $p=0,05$ ($\chi^2 = 3,742$; $df=1$).

Z pohledu útěků z léčby a tedy „neschopnosti dokončit léčbu“ se ukazuje faktor „útěky z léčby“ jako významným prediktorem recidivity.

3.4.5. Psychiatrická diagnóza

Posledním ověřovaným faktorem je psychiatrická diagnóza. U tohoto faktoru jsem sledovala jednak poruchy osobnosti, dále psychotická onemocnění, mentální retardaci, závislosti (jak na alkoholu, tak na jiných psychoaktivních látkách), jiné diagnózy (především depresivní syndrom atd.) a bez psychiatrické diagnózy. Vzhledem ke komorbiditě u tohoto faktoru nesouhlasí počet s počtem osob, jelikož bylo u některých osob možné označit několik variant.

Statistické výsledky daného rozdělení jsou uvedeny v Tabulce 18.

Tabulka 18: Psychiatrická diagnóza

		recidivující N = 48		nerecidivující N = 40	
		N	%	N	%
psychiatrická diagnóza	poruchy osobnosti	10	21%	7	18%
	psychotické onemocnění	1	2%	0	0%
	mentální retardace	5	10%	4	10%
	závislosti	14	29%	6	15%
	jiné	6	13%	9	23%
	bez	12	25%	14	35%

$$\chi^2 = 4,901 \quad p = 0,43$$

Statistická analýza neprokázala signifikantní rozdíl mezi skupinami. Vzhledem k malému počtu osob je tento výsledek spíše orientační. Zajímavým rozdílem však byla diagnóza závislosti. Samotně jí uvádím v Tabulce 19.

Tabulka 19: Diagnóza závislosti

		recidivující N = 37		nerecidivující N = 37	
		N	%	N	%
závislosti	ano	14	38%	6	16%
	ne	23	62%	31	84%

$\chi^2 =$	4,385	$p =$	0,04
------------	--------------	-------	-------------

Tento rozdíl se projevil jako statisticky významný, a to na hladině významnosti p menší 0,05 ($\chi^2 = 4,385$; $df=1$).

Faktor závislosti na alkoholu či jiných psychoaktivních látkách se ukazuje jako významný prediktor recidivity.

3.5. Diskuse

V této kapitole podávám nejprve stručný souhrn všech výsledků této studie, následně uvádím možné limity a nedostatky této práce, ale také nové otázky pro budoucí výzkumy, dále zde srovnávám výsledky s výsledky srovnatelných výzkumů z českého i zahraničního prostředí a tyto poznatky jsou uváděny do možných interpretačních vztahů, které jsou podpořeny i vlastní zkušeností, kterou mám z terapeutické práce na sexuologickém oddělení v Psychiatrické léčebně Praha Bohnice.

3.5.1. Shrnutí výsledků

Tato práce měla za cíl ověřit výsledky předchozích českých výzkumů, které se zabývaly zjišťováním predikčních kritérií recidivity. Zde jsou shrnuty výsledky z tohoto výzkumu.

Z pohledu typu deviace nejvíce recidivují po absolvování ústavní sexuologické léčby pacienti, kteří mají diagnostikovanou deviaci v aktivitě. Dále jsou to pacienti s diagnostikovanou polymorfní deviací a nakonec pacienti s deviací v objektu. Nejvíce recidivujících (i z celého

souboru) jsou patologičtí sexuální agresori. Druhou nejčastější skupinou jsou polymorfní deviace, v tomto případě téměř všichni pedofilní agresori. Téměř vyrovnaně jsou dále pedofilové, exhibicionisti, frotéři a tušéři.

Výsledky výzkumu potvrzují některé faktory jako významné prediktory recidivity. Například faktor věku se ověřil jako významný prediktor recidivity, ale překvapivě ne ve skupině do 30 let, ale do 25. roku. To znamená, že rizikovější skupinou jsou pacienti, kteří přicházejí do ústavní léčby velmi mladí. U recidivujících pacientů je věk při nástupu do léčby nejčastěji kolem 20. roku věku. U nerekidivujících pacientů je věk v době nástupu do léčby nejčastěji mezi 25 a 30. rokem věku.

Dalším prediktorem, který z dřívějších výzkumů vycházel jako méně významný nebo zcela nevýznamný, je faktor vzdělání. Z výzkumu vyplývá, že riziko recidivy je větší u pacientů s nižším vzděláním, tedy maximálně s dokončenou ZŠ.

Jiným překvapivým zjištěním bylo, že rizikovým faktorem je zaměstnání, tedy to, zda mají pacienti zaměstnání. Dalšími prediktory recidivity, které se potvrdily, jsou předchozí nesexuální trestná činnost, útoky z léčby, které můžeme chápat jako určitou neschopnost dokončit léčbu, a také pacienti bez vztahů, ať dlouhodobých či krátkodobých, jsou rizikovější skupinou.

Naopak se nepotvrdil faktor bydlení a rodinné zázemí, což u rodiny potvrzuje teorii, že sexuální deviace nemusí být determinovány rodinou jako faktorem, který je stálý a nezměnitelný. Dále se také nepotvrdil faktor předchozí sexuologická léčba (tedy předchozí sexuální trestný čin) jako rizikový prediktor.

Z psychiatrických diagnóz vychází pouze jako rizikový faktor přítomnost abúzu alkoholu a jiných psychoaktivních látek.

3.5.3. Limity výzkumu

I tato práce má mnohé limity. Prvním malým omezením je obtížná **srovnatelnost výsledků** většiny zahraničních výzkumů a zároveň nedostatek výzkumů českých na toto téma. Zahraničních výzkumů je mnoho, ale ve většině případů jde o výzkumy týkající se recidivity sexuálních delikventů. Některé práce se vůbec nezabývají souvislostí s parafilii a vycházejí tedy pouze ze souboru sexuálních delikventů. Některé výzkumy alespoň srovnávají osoby

deviantní s osobami nedevariantními. U nás jsou to většinou výzkumy, které se soustřeďují pouze na soubor parafiliků. Toto je jednak dáno tím, že u nás existuje legislativní rámec pro ochrannou léčbu sexuologickou, která je téměř vždy nařizovaná soudem a pouze osobám, které mají diagnostikovanou parafilii, a také dlouholetou praxí v léčbě těchto jedinců.

Další limit této práce vychází již z podstaty zkoumaného jevu – **recidivita a sexuální devianti**. Recidivita ve všech výzkumech je chápána jako recidivita kriminální, jelikož je to jediné spolehlivé kritérium recidivity. Problémem však zůstává, že tento faktor je spíše sociální než medicínský. Ale většina pacientů sami spontánně své problémy nesdělí, někdy ani svému lékaři v ambulantní sexuologické léčbě, takže musíme brát vždy v úvahu, že mluvíme o recidivitě námi zjištěné a ne skutečné. Toto platí především při vyslovování obecnějších závěrů recidivity sexuálních deviantů, a to i u kriminální recidivity. Protože víme, že soubor recidivujících parafiliků bude vždy tak malým souborem (vzhledem i k určité předpokládané prevalenci v populaci), je z tohoto těžké (ne-li nemožné) vyvozovat obecnější pravidla. A i při tak malých souborech je zřejmé, že se některá data budou vyskytovat vzácněji.

Velkým limitem je také **výběr souboru**. Při výběru pacientů jsem vycházela z omezených možností. Není možné některé delikventně sexuální devianty neléčit. Zde je naprosto jasná převaha terapeutického postoje nad výzkumnými.

Při interpretaci dat je nutné vzít v úvahu, že soubory v tomto výzkumu jsou velmi malé, a to u obou skupin pacientů. Doposud nám není známo, jak je velký základní soubor, jaké je zastoupení jednotlivých typů deviací v populaci, jak je velký soubor osob, které jsou deviantní a zároveň páchají sexuální delikty, ale také ani nevíme, kolik prošlo celkem osob ústavní sexuologickou léčbou ve všech zařízeních a kolik z nich poté recidivuje. Je tedy obtížné zajistit reprezentativnost vzorku. V tomto směru by nám americké databáze pedofilů přišli z výzkumného hlediska vhod. Ovšem pouze z výzkumného hlediska. Proto musíme výsledky z tohoto výzkumu brát spíše orientačně a jako podklad pro další zkoumání. Možností, jak zvětšit soubor recidivujících pacientů by mohlo být srovnání výsledků úspěšnosti léčby ve všech sexuologických zařízeních v ČR.

Větším problémem v této práci je však fakt, že nebylo možné sledovat důležité faktory jako čas od ukončení léčby k recidivě a délka léčby (ačkoli ta se ukazuje z předchozích výzkumů jako nevýznamná). Tím, že doposud **neexistovala jednotná databáze** pacientů, ani nejsou dohledatelné některé informace, právě týkající se doby, po jaké pacient zrecidivoval, nebo i

chybění sexuologické diagnózy v základní databázi, se objevili i další metodologické problémy.

Zjevnou metodologickou nespolehlivostí je právě výběr **skupiny nerecidivujících pacientů**. Po původní snaze vytvořit komparativní skupinu ke skupině recidivujících pacientů z hlediska sexuologické diagnostiky jsem musela zbytek výběru pacientů provést náhodným způsobem. Pokud ale budu přihlížet k diagnostickému rozložení souboru u předchozích výzkumů (Weiss, 1989) (Zimanová a spol., 1987), tak se zdá být diagnostické rozložení velmi podobné. Proto jsem i přes dané komplikace srovnávala tyto dvě skupiny pacientů.

Můžeme také polemizovat **o srovnatelnosti dat z chorobopisů**. V tomto ohledu velmi záleží na psychologovi, který sbíral data do anamnézy a prováděl psychologická vyšetření, ale také na vedoucím lékaři, který sepisuje závěrečné propouštěcí zprávy. Ne vždy musí být hledisko na daný jev stejné, nebo se každý psycholog mohl zaměřovat na jiné zkoumané faktory. Předpokládám ale, jelikož zápisy a vyšetření jsou prováděna odborným personálem, že jsou získaná data srovnatelná. Zároveň se i částečně mění samotná léčba, i když principy jsou stále stejné. Toto by pak bylo spíše vlivem faktoru osobnosti terapeutů a jejich pohledu na danou problematiku.

3.5.4. Výsledky

U nás na téma recidivita sexuálních deviantů bylo napsáno několik výzkumů, ale téměř všechny jsou převážně z 80. a 90. let. Nejčastěji se tomuto tématu věnovali především Weiss, Zimanová, Zvěřina, Brichcín, Mellan (Zvěřina a Mellan, 1984; Zimanová a spol., 1987; Weiss a spol., 1987; Weiss, 1989). V posledních letech vyšla u nás jen práce na toto téma od pracovníků Specializovaného oddělení VTOS z věznice Kuřim, kde probíhá také sexuologická léčba těchto pacientů, která byla přednesena na Sexuologických dnech (Jirku, M. a Macků, R., 2008). V této práci se ale autoři nevěnují prediktorům recidivity, ale jen úspěšností daného zařízení.

V zahraničí existuje velké množství výzkumů s touto problematikou, některé jsou již zmíněné v teoretické části této práce. Zajímavou prací a velmi průkopnickou je také Hansonova meta-analýza (1996), kde srovnává výzkumy předešlých autorů. Nejednotnost údajů z výzkumů je způsobena především nedostatečnou konzistencí operacionálních kritérií (kdy není zřejmé, jaká proměnná se opravdu zkoumá). Tento postoj byl převážně v počáteční éře výzkumů a díky velké kritice se začali dělat výzkumy, které se snaží odhalit obecnější faktory.

Nejednotnost a nepřesnost je také způsobena stávajícími definicemi deviace. Jelikož neexistuje jednotný pohled na parafilie, ani jasná definice, etiologie apod., tak je pole výzkumu o to širší, ale zároveň dosti nejasné. Dle MKN-10 a i DSM-IV do parafilií spadají lidé, kteří mimo jiné prožívají s touto deviací nepříjemné pocity. Dle těchto parametrů ego-syntonní pedofil není vlastně zařazen pod tuto diagnózu, jelikož nesplňuje jeden z parametrů deviace. Také specifitou české sexuologické školy je vytvoření nové kategorie, a to patologické sexuální agresivity. Dále musíme také přihlídnout k sociokulturním rozdílům a pohledu společnosti na deviantní občany.

Deviace

Z výsledků se ukazuje, že nejvíc recidivujících pacientů je z kategorie deviace v aktivitě (57%). Nejvíce z této skupiny je patologických sexuálních agresorů. Druhou skupinou jsou polymorfní deviace, které byly jednoznačně zastoupeny deviací „pedofilní agresivita“. Podobné zjištění se ukazuje také ve výzkumu Zimanové a spol. (1987), kde byla nevyšší recidivita u polymorfních deviací, následně u patologické sexuální agresivity, dále pak u exhibicionistů a nakonec u pedofilů. Z tohoto výzkumu je pak pořadí mezi pedofilii a exhibicionisty opačné, ale liší se pouze v jedné osobě. Což u takto malého vzorku není tak významné.

Zajímavým faktem je, že u pedofilie je výrazně nižší počet osob v souboru recidivistů. Toto je možná způsobeno zmiňovaným „náhodným výběrem“ nebo je možné, že je v současnosti v léčbě více pedofilů, kteří ale po léčbě již nerecidivují. Tuto variantu by potvrdila teze, že pedofilie je ve společnosti brána jako závažný defekt, kdežto například u exhibicionistů je spíše uznávaná nižší společenská nebezpečnost, a proto recidivují z daného počtu častěji.

Tato tendence se vyskytuje například i ve výzkumu Weisse a spol. (1987), kde je ve složení sledovaného souboru větší počet pedofilně orientovaných pacientů, kteří nerecidivovali. Z mého výzkumu vychází u diagnostického rozložení souboru počet pedofilně zaměřených pacientů vyšší. Dá se tedy předpokládat, že je celkově v léčbě více pedofilně orientovaných pacientů než s jinou diagnózou. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že v ústavní léčbě je poslední dobou přítomno více pedofilně orientovaných pacientů než agresorů. Tento fakt je ale pouhou úvahou, která může být inspirací pro další ověřování.

Demografické údaje a socioekonomický status

U prediktoru **věku** se sice tento faktor ověřil, ale v jiném rozpětí než byl udáván v ostatních výzkumech. Z těch vychází jako významný prediktor věk do 30 let (Mellan a Zvěřina, 1981) (Zimanová a spol., 1987). Výsledky mého výzkumu ale ukazují, že důležitým prediktorem recidivy je věk do 25 let. Až 62% pacientů, kteří nastoupili léčbu do 25 let, recidivuje. U nerecidivující skupiny se ukazuje až 73% osob, které dostanou-li se do léčby po 25. roku mají větší procento, že nerecidivují. Otázkou zde zůstává, zda snížení této hranice oproti ostatním výzkumům je zapříčiněno sociálně-kulturními vlivy, případně jinými faktory.

Faktor věku by nám teoreticky mohl dát informaci i o nástupu sexuálně delikventních aktivit (alespoň těch zjištěných). V mnoha výzkumech tento faktor vychází jako velmi důležité predikční kritérium (Zimanová a spol., 1987). Čím pozdější nástup sexuálně delikventní aktivity, tím je příznivější vývoj pacienta při recidivě. Z výsledků tedy vychází, že 62% recidivujících pacientů uskutečnilo svůj sexuální delikt ještě před 25. rokem, respektive mnohem dříve, jelikož musíme počítat u většiny osob nejprve s dobou, než byl pachatel dopaden, odsouzen a prošel výkonem trestu. Samozřejmě zde hraje roli i faktor předchozích léčeb, ale pokud z této skupiny pacientů někdo byl již v léčbě podruhé, potvrzuje to jen tento fakt. V tomto případě můžeme říct, že minimálně 62% osob z recidivující skupiny zahájili své sexuálně delikventní aktivity již před 25. rokem. Pro porovnání těchto dvou faktorů by bylo zapotřebí ale většího souboru osob.

Z výzkumu Weisse a spol. (1987) se také ukazuje, že faktor věku pacientů je významný a to ze dvou rovin. Z pohledu četnosti recidivy je u mladších pacientů rizikovější, tedy recidiva je častější, ale efekt léčby je trvalejší. Z pohledu časového odstupu je rizikovější u starších pacientů, tedy že starší pacienti recidivují v kratší době po ukončení léčby. Zajímavým ověřujícím faktorem by zde byl ukazatel délky doby recidivy po léčbě. Pokud by dalším zkoumáním bylo dohledáno, po jaké době recidivovali tito pacienti, srovnáním bychom mohli tuto teorii potvrdit či vyvrátit. Toto zjištění můžeme brát v úvahu, pouze pokud přemýšlíme o jednotlivých faktorech, jelikož z tohoto výzkumu ji nelze ověřit.

Z této oblasti socioekonomického statusu se v mém výzkumu ověřil jako významný prediktor i faktor **zaměstnání**. Zajímavým zjištěním bylo, že 30% recidivujících a 41% nerecidivujících mělo stálý pracovní poměr, nebo dlouhodobou brigádu. Výrazněji se odlišovali mezi skupinami pacienti s krátkodobými brigádami, často fluktuující v zaměstnání, absentující z různých důvodů a skupinou pacientů bez zaměstnání. Z výsledků výzkumu se také ukazuje,

že významný vliv na recidivitu má právě přítomnost zaměstnání. Významné je tedy to, zda pacient má zaměstnání či ne. Není už tak zásadní, jestli je to práce dlouhodobá či krátkodobá. Toto zjištění více podporuje i historicko-sociální kontext, kdy je v dnešní době více trend krátkodobých brigád. Ačkoli v mnoha výzkumech se tento faktor nepotvrdil, výsledek z tohoto výzkumu ale ověřuje výsledky výzkumu Weisse a spol. (1987) a Weisse (1987), kde vychází profesionální maladaptace jako významný faktor recidivity. Tuto myšlenku podporují i výzkumy, které uvádí jako jeden z významných prediktorů recidivity také úroveň celkové sociální adaptace, kde pacienti sociálně a profesně maladaptivní jsou velmi rizikovou skupinou (Hanson a Bussière, 1996; Quinsey a spol., 1995).

Dalším faktorem, který z výsledků vyšel jako významný prediktor recidivity, je **vzdělání**. Ukazuje se, že u recidivujících je až 51% se základním vzděláním, naopak u nerecidivujících skupiny je to pouhých 24%. Větší zastoupení je také u učňovského vzdělání, kdy u recidivujících pacientů je 32% vyučeno, kdežto u nerecidivujících je to 49%.

Z tohoto faktoru, můžeme také usuzovat na míru inteligence. Bylo by zajímavé porovnat tento faktor s diagnózou mentální retardace a dále případně s faktorem zaměstnání.

Pokud si vzdělání rozdělíme jen na dvě kategorie – nižší a vyšší, kde u nižšího je jen základní škola a zvláštní škola, dostaneme se k 59% recidivujících pacientů. Mentálně retardovaných však v daném souboru bylo jen velmi málo. Při sběru dat se opět ukázalo, že většina těchto osob má intelekt v pásmu subnormy, tedy IQ 70-80. Jsou to zároveň jedinci, kteří často nedokončili střední školu. Toto může poukazovat například na různé poruchy chování, učení, na problematickou schopnost učit se a soustředit se, problémy samostatně pracovat, zůstat i přes nepříjemné stavy u nezajímavé činnosti, ale i na vztah k autoritám apod. Z mé dosavadní zkušenosti jsou to jedinci, kteří na první pohled vypadají inteligentně, jsou schopni naučit se to, co po nich personál chce slyšet, ale při delším pozorování jejich chování se ukazuje, že se jim nedaří zvládat režim oddělení, že nejsou schopni hlubší sebereflexe a vzhledu do jejich problematického chování. O to je jejich situace horší, že navenek na první pohled vypadají „bezproblémově“. Tuto úvahu však musíme brát pouze jako hypotézu.

Se zajímavou myšlenkou přichází Zimanová a spol. (1987). Poukazují na malé procento mentálně retardovaných, kteří recidivují. Toto připisuje i z vlastní zkušenosti tomu, že existují dobré možnosti jejich terapeutického ovlivnění při důsledném vedení. U faktoru vzdělání se však z jejich výzkumu neukazuje jeho významnost. Toto připisují podpoře teorie o autonomii sexuální deviace. Z mého pohledu je zde pak otázka, zda se tedy spíše nejedná o faktor, který

ukazuje na to, co může pacientovi pomoci v dalším životě na svobodě. Což jsou ale obecné faktory, které pomáhají i u jiných handicapovaných skupin. Jelikož úroveň vzdělání souvisí také s možností získání zaměstnání. S tím souvisí i další možné sociální problémy, které následně mohou vést k větší míře stresu a nespokojenosti sám se sebou.

Tyto faktory věku, vzdělání a zaměstnání spolu často souvisí. A pro danou teorii svědčí i následující úvaha - mladší pacient, který spáchal svůj sexuální delikt velmi brzy (do 25 let) většinou doposud nemá (nebo má, ale minimálně) dlouhodobější pracovní zkušenosti a tedy i pracovní návyky. Pacient, který se dostane do léčby ve 20 letech, většinou znamená, že svůj delikt vykonal v 18 letech a byl doposud ve výkonu trestu. Zároveň nemá dokončenou střední školu (ani učiliště) a tak schopnost získat „lepší“, trvalejší zaměstnání je pro něj velmi obtížné. Problematickým je také fakt, že v dnešní době je víceméně nutností pro přijetí do zaměstnání předkládat výpis z rejstříku trestů. Můžeme o tomto faktoru uvažovat tedy i z historického pohledu, kdy nebyla tak velká nezaměstnanost, nebylo potřeba dokládat výpis z rejstříku trestů apod. Proto se vliv faktoru zaměstnání v dřívějších výzkumech nemusel prokázat jako významný.

Z tohoto uvažování by tedy plynulo, že faktory socio-ekonomické adaptace jsou vlastně podpůrnými vlivy, které mohou „držet“ pacienta, tak aby měl své jistoty, nebyl pod velkým stresem apod. Otázkou ale stále zůstává, na kolik je tento faktor sociální maladaptace důsledkem osobnostních rysů či kulturně-sociálním kontextem.

Posledním faktorem této skupiny je faktor **bydlení**. Tento faktor se neprokázal jako významný, což potvrzují i ostatní výzkumy, kde se tento faktor na hladině významnosti nepohyboval. Z hlediska ověřování daných prediktorů byl tedy tento faktor z výzkumu potvrzen jako nevýznamný faktor.

Rodina a partnerství

Z výsledků se nepotvrdilo, že by původní rodina a výchova měli významný vliv na recidivitu. Ukazuje se, že procentuální zastoupení v kategorii „funkční“ a „nefunkční“ rodiny je poměrně stejné. Překvapivě je pouze 5 osob, které vyrůstaly v nějakých institucích. Tento faktor většinou i z jiných výzkumů vychází jako nevýznamný.

U faktoru partnerské vztahy převažují v obou skupinách krátkodobé vztahy (49% u recidivujících a 59% u nerecidivujících). Minimálně měli obě skupiny dlouhodobé vztahy. U

recidivujících to byly jen 3 osoby. Když jsem zjišťovala pouze významnost v přítomnosti vztahu, potvrdil se tento faktor jako významný. Z výsledků tohoto výzkumu tedy plyne, že je u předpokladu recidivy důležitý partnerský vztah a je jedno, jestli je krátkodobý či dlouhodobý. Z ostatních výzkumů vyplývá, že je významný především dlouhotrvající partnerský vztah s pravidelným pohlavním stykem. Existenci partnerského vztahu dávají do souvislosti s pravděpodobným nalezením vhodné sexuální realizace v rámci adaptačních cílů. V porovnání s tímto výzkumem může být tedy otázkou, zda pro některé může být vhodný adaptační cíl i krátkodobé vztahy, díky kterým může mít „alespoň“ pravidelný pohlavní styk. Toto jsou však pouze úvahy, které by bylo nutné v dalším výzkumu ověřit.

Zajímavé výsledky ohledně partnerského vztahu se ukazují také z výzkumu Weisse a spol. (1987). Tento faktor se jeví jako významným z pohledu časového odstupu recidivy, ale neovlivňuje však podstatně recidivu jako takovou. V případě možnosti srovnání několika faktorů bychom mohli uvažovat i tímto směrem – zda je pozdější recidiva u pacientů s trvalejším vztahem či ne.

Trestná činnost

Na základě získaných výsledků lze za rizikovější předpokládat pacienty s nesexuální trestnou činností. V případě, že pacient nemá v anamnéze jinou trestnou činnost, dá se předpokládat, že bude méně rizikovým z hlediska recidivy. Tento faktor se ukazuje jako významný i v jiných výzkumech, především v zahraničních, kde jsou výzkumy prováděny na sexuálních delikventech. Zde můžeme uvažovat o podobných faktorech jako u obecné kriminality. U některých dřívějších pacientů může být příčinou i fakt, že za méně závažný delikt (např. voyerismus, exhibicionismus) dostávali od policie nejprve jen napomenutí, při dalším deliktu se to řešilo u přestupkové komise, a pak až dostal například podmíněný trest a léčbu apod.

U předchozí sexuálně trestné činnosti (tento faktor byl zjišťován prostřednictvím předchozí nařízené léčby) výsledky vycházejí v rozporu s ostatními výzkumy. Zde se nepotvrdil tento faktor jako významný prediktor. U obou skupin bylo vysoké procento ve sledované léčbě poprvé. Z recidivujících bylo 7 osob v dřívější léčbě a u nerecidivujících to byly pouze 4 osoby. Vysvětlení může být jednak v malém souboru, ale také v tom, že většina z těchto předchozích léčeb byla ambulantní. Dříve se často dávala nejprve ambulantní léčba, a to u méně závažných poruch, a pak až následovala ústavní léčba. Dále se při sběru dat ukázalo, že v některých případech se jednalo o exhibicionisty, u kterých při dalším deliktu byla

diagnostikována také patologická sexuální agresivita. Můžeme tedy u některých pacientů usuzovat také například na neúčelnost první léčby ambulantní, nepřesnou sexuologickou diagnostiku, vyvíjející se delikventní sexuální chování u jedince (kdy u prvního deliktu se mohlo jednat pouze o náhradní sexuální aktivitu, protože byla méně nebezpečná v danou chvíli nebo byla snadněji dosažitelná).

U opakované sexuálně trestné činnosti můžeme také uvažovat i o tom, jak probíhala ústavní léčba v minulosti. Zde je nevýhodou to, že nevíme, po jaké době pacient recidivoval, abychom mohli usuzovat třeba i na dřívější léčbu, která byla odlišná od současné léčby a byla zaměřená více behaviorálně, nebo se může jednat o jedince, kde měly vliv spíše jiné faktory. U mladších jedinců bychom pak mohli uvažovat o hlubším, více fixovaném deviantním zaměření, kde může hrát roli větší podíl vrozených faktorů. Neúčinnost předchozí léčby může také poukazovat na existující skupinu parafiliků, která je vůči jakékoli formě léčebných intervencí odolnější. Zajímavé by bylo věnovat se této skupině osob a zkoumání odlišností této skupiny.

Srovnáním tohoto faktoru s již výše zmíněným faktorem věku by nám dal lepší ukazatele pro nástup sexuálně delikventních aktivit. V mnoha výzkumech tento faktor vychází jako velmi důležitým predikčním kritériem (Zímanová a spol., 1987).

Útěky

S tímto faktorem jsem se v jiných výzkumech nesetkala, ale při sběru dat a z vlastní zkušenosti vím, že existuje jisté procento pacientů, kteří z léčby utíkají. V některých výzkumech se sleduje motivace v léčbě, náhled, popření činu, délka léčby, ale také „neschopnost dokončit léčbu“. Útěky považuji za jedno z hledisek neschopnosti dokončit léčbu, nebo z nezájmu vykonat léčbu. Překvapivě vychází tento faktor jako významný. Pacienti, kteří narušují léčbu svými útěky, jsou více rizikovější.

Psychiatrická diagnóza

Psychiatrická diagnóza se z výzkumu nepotvrdila jako významný prediktor recidivity. Ze zahraničních i našich výzkumů se často ukazuje, že tento faktor také není významným prediktorem.

Některé studie byly zaměřeny na zkoumání mentální retardace u sexuálních delikventů, zkoumala se také porucha osobnosti a závislost. Z tohoto výzkumu vyplývá, že abúzus alkoholu a jiných psychoaktivních látek je významným prediktorem recidivity. Pacienti velmi často páchají své sexuální delikty pod vlivem drog. To také přináší racionalizaci jejich deliktu – „že by to střízlivý nikdy neudělali“. Alkohol (drogy) jen uvolňují zábrany, ale neudělají z nedevariantního člověka deviantního. Abúzus těchto látek tak může zvýšit napětí a zároveň uvolňovat zábrany nejen při sexuálním chování. Z tohoto pohledu by bylo zajímavé zaměřit se i na pacienty, kteří sice nemají diagnostikovanou závislost, ale mají velmi často velké zneužívání alkoholu a jiných psychoaktivních látek.

Zastoupení ostatních diagnóz je bez velkého rozdílu.

3.5.5. Další možnosti

Z výsledků výzkumu vyplývá mnoho otázek, které by se ale daly dále zkoumat a ověřovat v případě většího souboru, a to například logistickou regresí, kdy bychom mohli vzájemně porovnávat jednotlivé faktory mezi sebou. Zajistit ovšem u této skupiny větší počet osob je velmi obtížné. Pokud by se ale sbírala data z každého sexuologického oddělení PL, možná by tento soubor nebyl veliký, ale určitě by mohl být dostačující alespoň pro srovnání jednotlivých faktorů.

Zajímavým tématem pro další výzkum by byl také vliv různých prediktorů recidivity v určitých časových odstupech, případně i v souvislosti s věkem pacienta. Jestli se prediktory recidivity mění v souvislosti s věkem, tedy jestli u mladších pacientů jsou významnější jiné prediktory než u starších osob. Na takto specifický pohled by bylo nutné mít k dispozici dostatečně velký soubor. Stejně tak i u zkoumání specifických skupin delikventních deviantů (ať podle sexuologické diagnózy, nebo podle intelektu atd.).

Toto by bylo možné jen v případě, pokud srovnáme výsledky úspěšnosti léčby ze všech sexuologických oddělení v ČR. A i v tuto chvíli bychom neměli přesné údaje, jelikož ne vždy je recidiva pacienta odhalena a tedy i soudně trestána.

Jinou možností, jak zkoumat problematiku úspěšnosti léčby, možných dynamických, osobnostních proměnných, je například i kvalitativní výzkum podpořený i kvantitativně. Nebo další možnou variantou by byl longitudinální výzkum, který by byl ale velmi náročný. A i

zde, pokud by byl malý počet osob v souboru, ani v tomto případě by se nedalo poukazovat na některé prediktory obecněji.

Poslední variantou, která zde existuje, je (stejně tak jako u zahraničních výzkumů) porovnávat sexuální devianty se sexuálními delikventy a porovnávat jednotlivé faktory a jejich rozdílnosti. U takto zaměřeného výzkumu bychom mohli usuzovat i na obecnější závěry, nebo dané prediktory sexuální recidivity srovnávat s obecnými prediktory kriminality.

3.5.2. Přínos výzkumu

Jak už bylo řečeno, tento výzkum nebyl zaměřen na zjištění nových prediktorů, ale ověřoval výsledky předchozích českých výzkumů, a to jejich stálou platnost či případné změny. Drobné posuny v pojetí jednotlivých prediktorů se ukázaly například u věku, vzdělání, zaměstnání, abúzus alkoholu, ale také v partnerském vztahu. Očekávání většího souboru recidivujících pacientů díky sledovanému období 23 let se nepotvrdilo, jelikož počet pacientů z obou ambulancí nebyl tak vysoký. Proto je tato práce pouze ověřením předchozích zjištění, které bude potřeba v budoucnu dále rozpracovat a zkoumat.

Novým je v této práci faktor „útěky“. Z mé zkušenosti se potvrzuje, že existuje určitá skupina pacientů, kteří mají tendenci utíkat z probíhající léčby, a většinou nejde jen o jeden útěk. Proto jsem zde sledovala také tento faktor, který zde reprezentuje určitou neschopnost dokončit léčbu. Tento faktor se pro mne jeví jako velmi zajímavý a poskytuje prostor pro další zkoumání v této oblasti.

Přínos této práce vnímám především v tom, že je sondou do výzkumného prostředí v této oblasti, a to se všemi komplikacemi, ale i možnostmi, a také nasměrováním pro další zkoumání. Z výsledků vyvstává mnoho otázek, které můžou být inspirací pro další výzkumy.

Hledání prediktorů recidivity je důležité především pro léčbu parafiliků. Pokud je budeme znát a také budeme vědět, jak se mění u jednotlivých typů deviací, v čase, podle věku apod., tak z těchto několika charakteristik můžeme již při příjmu pacienta do sexuologické léčby s jistou pravděpodobností predikovat jeho úspěšnost léčby. Zároveň tak můžeme vydělit rizikovější skupinu pacientů, která potřebuje intenzivnější péči nebo pro kterou je nutné uzpůsobit terapeutický plán v některých oblastech (například důrazem na sociální zázemí, jako je práce, dokončení školy atd.). Tak mohou být i tato vodítka užitečná při prognóze perspektiv pacienta.

Závěr

Tato diplomová práce se zabývá prediktory recidivity u sexuálních deviantů, kteří absolvovali ústavní sexuologickou léčbu. Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmu sexuální deviace a diagnostiku parafilií, léčbu sexuálních deviantů a výzkumy v oblasti recidivity sexuálních delikventů, a to českých i zahraničních autorů.

Tato práce vychází především z českých výzkumů, které proběhly na konci 80.let v léčebně Horní Beřkovice. Od té doby se podobný výzkum u nás neuskutečnil.

Na základě těchto zjištění bylo stanoveno 10 faktorů, které byly katamnesticky ověřovány na souboru pacientů ochranné sexuologické léčby v Psychiatrické léčebně Bohnice, kteří následně docházeli do ampulce v PLB a na Sexuologický ústav VFN a 1.LF UK. I když sebraná data pochází z velmi malého souboru (celkem 74 osob), v mnohých případech se daná zjištění shodují s většinou studií. Zde jsou shrnuty výsledky z tohoto výzkumu.

- 1) Z pohledu typu deviace nejvíce recidivují po absolvování ústavní sexuologické léčby pacienti, kteří mají diagnostikovanou **deviaci v aktivitě**, a to především patologičtí sexuální agresori. Dále jsou to pacienti s diagnostikovanou polymorfní deviací, kterou zastupují většinou pedofilní agresori. A nakonec pacienti s deviací v objektu.
- 2) Faktor věku se ověřil jako významný prediktor recidivity. Rizikovější skupinou jsou pacienti, kteří přicházejí do ústavní léčby velmi mladí, a to **do věku 25 let**. U recidivujících pacientů je věk při nástupu do léčby nejčastěji kolem 20.roku věku. U nerecidivujících pacientů je věk v době nástupu do léčby nejčastěji mezi 25 a 30. rokem věku.
- 3) Riziko recidivy je větší u pacientů s nižším **vzděláním**, tedy maximálně s dokončenou ZŠ.
- 4) Dalším ověřeným prediktorem recidivity je **nesexuální trestná činnost**, která se objevuje již před sexuálním deliktem.
- 5) Rizikovým prediktorem je **neschopnost dokončit léčbu**, a to především z pohledu útěků z ochranné sexuologické léčby.
- 6) Pacienti **bez partnerských vztahů**, ať dlouhodobých či krátkodobých, jsou rizikovější skupinou při posuzování recidivity.

- 7) Pacienti, kteří nemají ve své anamnéze dlouhodobé, ale i více krátkodobých **zaměstnání**, jsou rizikovější z pohledu recidivity. Tento faktor se většinou v ostatních výzkumech neobjevuje jako signifikantní.
- 8) Jako prediktory recidivity se nepotvrdily tyto faktory: **bydlení a rodinné zázemí** (výchova v úplné rodině) jako rizikové faktory, což u rodiny potvrzuje teorii, že sexuální deviace nemusí být determinována výchovou v původní rodině jako faktorem, který je stálý a neměnitelný.
- 9) Přítomnost předchozí sexuologické léčby, tedy **předchozí sexuální trestný čin** se nejeví jako rizikovým faktorem recidivy.
- 10) Z psychiatrických diagnóz vychází jako rizikový faktor jen přítomnost **abúzu alkoholu a jiných psychoaktivních látek**.

Seznam literatury

- Barbaree, H. E. a Seto, M.C.** Pedofilia: Assessment and treatment. [autor knihy] D. R. Laws a W. (eds.) O'Donohue. *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment*. New York : The Guildford Press, 1997.
- Brichcín, S. a Kalvach, Z.** *Soudní psychiatrie a sexuologie pro policisty*. Praha : Policejní akademie České republiky, 2003.
- Brichcín, S.** K pojmu a diagnostice sexuální deviace u mravnostních delikventů. [autor knihy] S. Brichcín, a další. *Sexuální delikventi z pohledu psychiatrické sexuologie*. Praha : Psychiatrické centrum, 1995.
- Brichcín, S.** Soudní sexuologie. [autor knihy] Petr Weiss a a kol. *Sexuologie*. Praha : Grada Publishing, 2010, stránky 527-559.
- Brichcín, S., Weiss, P. a Netík, K.** Osobnostní charakteristiky pachatelů sexuálních deliktů. [autor knihy] S. Brichcín, a další. *Sexuální delikventi z pohledu psychiatrické sexuologie*. Praha : Psychiatrické centrum, 1995.
- Brzek, A.** *Sexuologie pro právníky*. Praha : Karolinum, 1997.
- Cox, D. J. a Maletzky, B. M.** Victims of exhibitionism. [autor knihy] D. J. Cox a R. J. (eds.) Daitzman. *Exhibitionism*. New York : autor neznámý, 1980.
- Craissati, J.** *Managing high risk sex offenders in the community: a psychological approach*. New York : Brunner-Routledge, 2004. ISBN 1-58391-157-8.
- Kožnar, J., Švarc, J., Šindelář, M., Bakešová, M.** *Dopady nového trestního zákoníku na psychoterapii pedofilních delikventů*. Trenčianske Teplice : autor neznámý, 2010. XXVII. Česko-Slovenská psychoterapeutická konferencia. stránky 83-86.
- Douglas, P. B.** Current status of sex offender risk assessment. *Sexual offender treatment*. 2008, Sv. 3, 1.
- Freund, K. a Seto, M. C.** Preferential rape in the theory of courtship disorder. *Archives of sexual behavior*. 1998, 27, stránky 433-444.

- Freund, K. a Watson, R.** Mapping the boundaries of courtship disorder. *Journal of sexual res.* 1990, 27, stránky 589-606.
- Frisbie, L. V. a Dondis, E. H.** Recidivism among treated sex offenders. *California Mental Health Research Monograph.* 1965, 5.
- Grubin, D.** Actuarial and clinical assessment of risk in sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence.* 1999, 14, stránky 331-343.
- Hall, G. C. N.** Sexual offender recidivism revisited : A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of consulting and Clinical Psychology.* 1995, 63, stránky 802-809.
- Hamplová, A. a Weiss, P.** Terapeutická kastrace u sexuálních delikventů: indikace a účinnost. *Praktický lékař.* 1996, 76, stránky 21-25.
- Hanson, R. K. a Bussière, M. T.** Predictors of sexual offenders recidivism: A meta-analysis. *Ministry of the Solicitor General of Canada.* 1996.
- Hanson, R. K. a Harris, A.** A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sexual Abuse.* 2001, 13, stránky 105-122.
- Hanson, R. K. a Thornton, D.** Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders. *User Report 1999-02. Ministry of the Solicitor General of Canada.* 1999.
- Hanson, R. K.** How to know what works with sexual offendeers. *Sexual Abuse.* 1997, 9, stránky 129-145.
- Hanson, R. K., Cox, B. J. a Woszczyzna, C.** Sexuality, personality and attitude: Questionnaires for sexual offenders: A review. *Ministry of the Solicitor General of Canada.* 1991.
- Hillbrand, M., Foster, H. a Hirt, M.** Rapists and child molesters: Psychometric comparison. *Archive of sexual behavior.* 1990, 19, stránky 65-71.
- Hollin, C. R.** Sexual sadism: Assessment and treatment. [autor knihy] D. R. Laws a W. (eds.) O'Donohue. *Sexual deviance: Theory, assessment and treatment.* New York : The Guilford Press, 1997.

- Kaplan, M. S. a Kreuger, R. B.** Voyeurism: Psychopathology and theory. [autor knihy] D. R. Laws a W. (eds.) O'Donohue. *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment*. New York : The Guildford Press, 1997.
- Kingston, D. A., Seto, M. C., Firestone, P. a Bradford, J. M.** Comparing indicators of sexual sadism as predictors of recidivism among adult male sexual offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010, 78, stránky 574-584.
- Kolářský, A. a Brichtcín, S.** Za poznáním sexuálních variací disponujících k pohlavnímu zneužívání dětí. [autor knihy] P. (ed.) Weiss. *Sexuální zneužívání - pachatelé a oběti*. Praha : Grada, 2000.
- Kolářský, A. a Madlafousek, J.** The inverse role of preparatory erotic stimulation in exhibitionists: Phallometric studies. *Archiv of sexula behavior*. 1983, stránky 123-148.
- Kolářský, A.** Principy sexodiagnostiky. [autor knihy] S. Brichtcín, a další. *Sexuální delinkventi z pohledu psychiatrické sexuologie*. Praha : Psychiatrické centrum, 1995.
- Kolářský, Aleš.** *Jak porozumět sexuálním deviacím. Teoretická východiska sexodiagnostiky - cesta k tvorbě názoru a k realizaci sexuality v mezích zákona*. Praha : Galén, 2008.
- Koss, M. P.** The underdetection of rape: Methodological choices influence incidence estimates. *Journal of social Issues*. 1992, 48, stránky 61-75.
- Koutský, J.** Nedelegantní projevy sexuální trestné činnosti. *Československá psychiatrie*. 1981, 77, stránky 296-299.
- Lalumiére, M. L. a Harris, G. T.** Common questions regarding the use of phallometric testing with sexual offenders. *Sexual abuse*. 1998, 10, stránky 227-238.
- Langevin, R., Lang, R. A. a Wright, P.** Substance abuse among sex offenders. *Annual of Sexual Resident*. 1990, 3, stránky 397-424.
- Laws, D. R. a O'Donohue, W.** *Fundamental issues in sexual deviance*. In: Laws, D. R., O'Donohue, W. (eds.): *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment*. New York : The Guildford Press, 1997.
- Maletzky, B. M.** Exhibitionism: Assessment and treatment. [autor knihy] D. R. Laws, W. O'Donohue a (eds.). *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment*. New York : The Guilford Press, 1997.

Marshall, W. L. a Barbaree, H. E. An integrated theory of the etiology of sexual offending. [autor knihy] W. L. Marshall, D. R. Laws a H.E. (eds.) Barbaree. *Handbook of sexual assault*. New York : Plenum Press, 1990.

Marshall, W. L., a *Treating sexual offenders*. New York : Taylor and Francis Group, LLC, 2006. ISBN 0-415-94935.

Marshall, W., a Psychological treatment of sexual offenders. [autor knihy] F. M. Saleh, A. J. Grudzinskas a J. M. Bradford. *Sex offenders. Identification, Risk Assessment, Treatment, and Legal Issues*. New York : Oxford University Press, 2009.

Marshall, W.L. a Marshall, L. E. Can treatment be effective with sexual offenders or does it do harm? A response to Hanson (2010) and Rice (2010). *Sexual Offender Treatment*. 2010, 5.

McConaghy, N. *Sexual behavior*. New York : Plenum Press, 1993.

Mellan, J., Nedoma, K. a Pondělíčková, J. Somatosexuální nálezy u pedofilních mužů. *Československá psychiatrie*. 1969, 65, stránky 30-33.

Muse, M. a Frigola, G. La evaluación y tratamiento de trastornos parafilicos. *Cuaderna medicina psicosomatica y psiquiatria de enlace*. 2003, 65.

Myers, W. C., Husted, D. S. a Safarik, M. E. The motivation behind serial sexual homicide: Is it sex, power, and control, or anger? *Journal of forensic sciences*. 2006, 51, stránky 900-907.

Paitich, D., The clarke SHQ: A clinical sex history questionnaire for males. *Archives in sexual behavior*. 1977, 6, stránky 421-436.

Quinsey, V. L., Rice, M. E. a Harris, G. T. Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*. 1995, 10, stránky 85-105.

Registr sexuálních delikventů. [Online] [Citace: 24. duben 2012.]
<http://www.familywatchdog.us/>.

Rice, M. E., Harris, G. T. a Quinsey, V. L. A follow-up of rapists assessed in a maximum security psychiatric facility. *Journal of Interpersonal Violence*. 1990, 5, stránky 435-448.

- Rice, M. E., Quinsey, V. L. a Harris, G. T.** Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution. *Journal Consulting Clinical Psychology*. 1991, 59, stránky 391-386.
- Saleh, F. M., a další.** *Sex Offenders*. New York : OXFORD University Press, 2009. ISBN 978-0-19-517704-6.
- Sejbalová, P. a Reguli, H.** Naše zkušenosti s atypickými sexuálními projevy mladistvých. *psychiatria pre prax*. 2007, 3, stránky 134-136.
- Seto, M. C. a Barbaree, H. E.** Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*. 1999, 14, stránky 1235-1248.
- Schneider, J. and Witt, P.H.** Managing Sex Offenders by Assessing Dynamic Risk Factors. *Sex Ofender Law Report*. June/July 2005, 6, pp. 49-64.
- Smolík, P.** *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha : Maxdorf, 1996.
- Sreenivasan, S., a další.** Sex offender risk project and cross-validation of the Static-99. *Journal of American Academy of Psychiatry Law*. 2007, 35, stránky 454-468.
- Weiss, P. a Brichcín, S.** Meze psychodiagnostiky sexuálních deviací u mužů. *Československá psychologie*. 1992, stránky 457-461.
- Weiss, P. a kol.** *Sexuální zneužívání dětí*. Praha : Grada Publishing, 2005.
- Weiss, P. a Zimanová, J.** Partner relations of sex offenders. *Review of sexology*. 1995, 1, stránky 7-10.
- Weiss, P. a Zvěřina, J.** *Sexuální chování obyvatel České republiky*. Praha : Alberta Plus, 1999.
- Weiss, P.** Některé psychologické prediktory recidivity sexuálních delikventů. *Československá psychiatrie*. 1989, 85, stránky 250-255.
- Weiss, P., Fuka, J. a J., Zimanová.** Časové faktory recidivity pacientů po prodělané ústavní sexuologické ochranné léčbě. *Československá psychiatrie*. 1987, 83, stránky 25-29.
- Weiss, P. a Zimanová, J.** Deviantní a nedevariantní sexuální delikventi. *Časopis*. 1985, 124, stránky 622-625.

Weiss, P. Parafilie - poruchy exuální preference. [autor knihy] Petr Weiss a a kol. *Sexuologie*. Praha : Grada Publishing, 2010.

Weiss, P. *Sexuální deviace*. Praha : Portál, 2002.

Weiss, P., Zimanová, J. a Bílková, L. Některé sociokulturní rozdíly mezi pachateli sexuálních deliktů. *Československá psychiatrie*. 1986, 82, stránky 228-232.

Zimanová, J. a Hubálek, S. Komplexní adaptační terapie sexuálních delikventů. *Československá psychiatrie*. 1986, 82, stránky 211-214.

Zimanová, J., Weiss, P. a Bílková, L. Predikční kritéria úspěšnosti ústavní ochranné léčby sexuologické. *Československá psychiatrie*. 1987, 83, stránky 177-187.

Zvěřina, J. a Mellan, J. Poznámky k ambulantní ochranné léčbě sexuálních delikventů. *Československá psychiatrie*. 1984, stránky 50-56.

Zvěřina, J., The occurrence of atypical sexual experience among various female patient groups. *Archive of sexual behavior*. 1987, 16, stránky 321-326.

Zvěřina, J., Bártová, D. a Novotná, V. Některé charakteristiky souboru 288 expozérů genitálu. *Československá kriminalistika*. 1985, 18, stránky 258-261.

Zvěřina, Jaroslav a Pondělíčková, Jaroslava. Psychopatologické a sexuologické nálezy u sexuálních agresorů. *Československá psychiatrie*. 1983, 79, stránky 187-191.

Zvěřina, J. Psychopatologické nálezy u sexuálních agresorů. *Československá psychiatrie*. 1984, 80, stránky 298-302.

Zvěřina, J. *Lékařská sexuologie*. Praha : autor neznámý, 1994.

Zvěřina, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno : Akademické nakladatelství CERM, 2003.